

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN ADMINISTRATION

PAR

JOCELYNE GIGUÈRE NADEAU

B.A.A.

CENTRALES DE SERVICES INFO-SANTÉ

ANALYSE SOCIO-ORGANISATIONNELLE

LES CAS DE TROIS RÉGIONS

JANVIER 1994



Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

CE MÉMOIRE A ÉTÉ RÉALISÉ
À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
DANS LE CADRE DU PROGRAMME
DE MAÎTRISE EN GESTION DES PETITES ET MOYENNES ORGANISATIONS
DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
EXTENSIONNÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Dans le présent document, le générique masculin et féminin sont utilisés sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Tous droits réservés à l'auteure.

RÉSUMÉ

Nous vivons présentement au Québec, l'actualisation de nouvelles philosophies en matière de santé et de services sociaux. Le citoyen est mis au centre de ce changement systémique.

Ces nouvelles philosophies favorisent l'accessibilité aux services de santé et services sociaux ainsi que la responsabilisation du citoyen vis-à-vis le système qui lui procure ces services.

Les premières concrétisations de ce courant de pensée furent la création des Centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.), en 1971. Leur apparition découle des recommandations effectuées par la Commission Castonguay-Nepveu à la fin des années 1960. En implantant des organisations près des populations, le gouvernement fait ses premiers pas vers le citoyen. L'objectif visé repose également sur un besoin de rationalisation des ressources, car les coûts doivent être freinés.

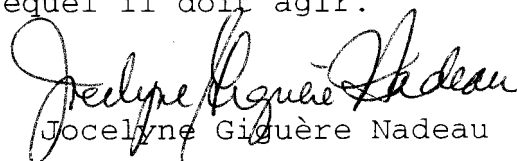
Les vingt années qui ont suivi, traversées par deux autres réformes: celles du ministre Lavoie-Roux et du ministre Côté, continuèrent dans cette tangente en donnant un rôle de plus en plus prépondérant, au citoyen.

Les organisations, faisant l'objet de la présente étude, cadrent très bien avec cette philosophie d'accessibilité et de responsabilisation.

Nous avons en effet, analysé trois modèles d'un nouveau service ayant pris naissance au Québec et dont les objectifs coïncident et appuient une nouvelle philosophie en matière de santé axée sur le citoyen. Il s'agit d'une approche préventive, d'une approche moins médicalisée, axée sur la responsabilisation du patient. On l'informe, on l'éduque afin qu'il prenne en main sa santé.

L'étude de ces trois cas a permis de démontrer que cette nouvelle voie entraîne des changements profonds à l'intérieur du réseau de la santé au Québec. Ces changements favorisent certaines catégories d'établissements, certaines professions dont les rôles sont accrus par rapport à d'autres catégories d'établissements et d'autres professions qui verront leurs "bastions stratégiques" altérés.

Le système s'auto-régule afin de maintenir son équilibre et vivre le changement philosophique dans lequel il doit agir.


Jocelyne Giguère Nadeau

Mario Carrier

AVANT-PROPOS

La réalisation de cette recherche n'aurait pu être possible sans le support des uns et la collaboration des autres.

Mes profonds et sincères remerciements à Magella pour son généreux support et sa complaisance vis-à-vis les fins de semaine hypothéquées et l'envahissement de "notre" bureau. Merci à Judith et Audrey qui ont vécu des responsabilités d'adulte et les ont assumées en ayant foi en mon aventure.

Merci à Mario, mon guide, qui m'a fait découvrir une nouvelle approche méthodologique et qui m'a inlassablement épaulée, durant cette année de recherche. Merci André, merci Yvan, pour ces fins de semaine destinées à enrichir nos connaissances et à nous faire avancer par la réflexion.

Merci aux personnes des Régies régionales de la santé et des services sociaux et des Centres locaux de services communautaires qui m'ont raconté ouvertement leur vécu et qui se sont rendus disponibles malgré une réorganisation qui battait son plein; malgré une vaccination provinciale anti-méningite qui nolisait beaucoup d'énergies humaines.

Merci à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue qui m'a facilitée l'accès à des cours de deuxième cycle en région périphérique. Sans la foi de ceux qui se sont débattus pour l'obtention, en Abitibi-Témiscamingue, de programmes de Maîtrise, je n'aurais pu réaliser ce rêve.

Merci à tous les gens qui ont participé à cette recherche et m'ont rendu la tâche facile grâce à leur aide. Merci Irène, merci Gabrielle. Merci à mes amis(es) qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de ce cheminement.

Merci à ma consœur et mes confrères qui ont partagé, durant deux ans, leurs idées, leurs connaissances et m'ont surtout fait avancer en tant qu'être humain.

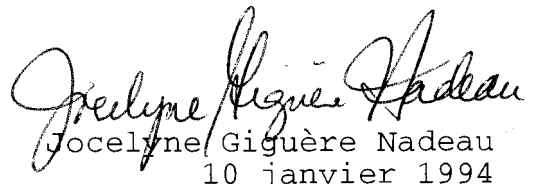

Jocelyne Giguère Nadeau
10 janvier 1994

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	iii
AVANT-PROPOS.....	v
TABLE DES MATIÈRES.....	vi
TABLEAUX.....	ix
ANNEXES.....	x
ABRÉVIATIONS.....	xi
NÉOLOGISMES.....	xii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	9
1.1 Les 30 dernières années.....	10
1.2 Concept Info-Santé.....	16
1.2.1 Évolution d'Info-Santé, à travers le réseau....	19
1.2.2 Avantages du concept Info-Santé.....	21
1.2.3 Controverses du concept Info-Santé.....	23
1.3 Principaux modèles Info-Santé au Québec.....	27
1.3.1 Modèle du Québec métropolitain - Info-Santé....	27
1.3.2 Modèle du Montréal métropolitain - Info-Santé..	28
1.3.3 Modèle de la région de Hull -	
Accessibilité continue.....	29
1.3.4 Modèle de Trois-Rivières - Info-Santé/	
Info-Social.....	30
1.3.5 Modèle de la région de la Beauce - Assistance	
Santé.....	31
1.3.6 Régions périphériques.....	32
CHAPITRE 2 PROJET DE RECHERCHE.....	39
2.1 Objet de l'étude.....	40
2.2 Cadre conceptuel.....	44
2.3 Études recensées portant sur le réseau.....	59
2.4 Hypothèses de recherche	73
2.5 Processus de réalisation	75
CHAPITRE 3 LE SYSTÈME D'ACTION CONCRET - INFO-SANTÉ -	
QUÉBEC MÉTROPOLITAIN.....	93
3.1 Historique.....	94
3.2 Jeux des acteurs & leurs enjeux.....	101
3.2.1 Jeux/Enjeux au palier provincial/central.....	101
3.2.2 Jeux/Enjeux au palier régional.....	108
3.2.3 Jeux/Enjeux au palier local.....	112
3.3 Raisonnement systémique.....	115
3.3.1 Info-Santé, projet-pilote.....	116
3.3.2 Centrale de coordination des urgences (CCU)....	117
3.3.3 La Régie, producteur de services	118
3.4 Raisonnement stratégique.....	119
3.4.1 Stratégies au niveau provincial/central.....	120

TABLE DES MATIÈRES (Suite)

3.4.2	Stratégies au niveau régional.....	124
3.4.3	Stratégies au niveau local.....	126
CHAPITRE 4 LE SYSTÈME D'ACTION CONCRET INFO-SANTÉ/ INFO-SOCIAL CLSC LES FORGES - TROIS-RIVIÈRES.....		129
4.1	Historique.....	133
4.2	Jeux des acteurs & leurs enjeux.....	137
4.2.1	Jeux/Enjeux au palier provincial/central.....	138
4.2.2	Jeux/Enjeux au palier régional.....	141
4.2.3	Jeux/Enjeux au palier local.....	148
4.3	Raisonnement systémique.....	151
4.3.1	La rive nord et la rive sud.....	151
4.3.2	Culture très traditionnelle.....	153
4.3.3	Les CLSC de la dernière vague.....	154
4.4	Raisonnement stratégique.....	155
4.4.1	Stratégies au niveau provincial/central.....	155
4.4.2	Stratégies au niveau régional.....	158
4.4.3	Stratégies au niveau local.....	164
CHAPITRE 5 LE SYSTÈME D'ACTION CONCRET - ACCESSIBILITÉ CONTINUE 24/7 - CLSC DE LA RÉGION DE HULL.....		168
5.1	Historique.....	169
5.2	Jeux des acteurs & leurs enjeux.....	173
5.2.1	Jeux/Enjeux au palier provincial/central.....	174
5.2.2	Jeux/Enjeux au palier régional.....	176
5.2.3	Jeux/Enjeux au palier local.....	181
5.3	Raisonnement systémique.....	184
5.3.1	Proximité avec l'Ontario.....	184
5.3.2	CLSC - 1 ^{ière} région avec couverture régionale...	184
5.3.3	Présidences à la Fédération des CLSC du Québec	185
5.3.4	La Fédération des CLSC entérine A/C 24/7.....	185
5.4	Raisonnement stratégique.....	186
5.4.1	Stratégies au niveau provincial/central.....	186
5.4.2	Stratégies au niveau régional.....	187
5.4.3	Stratégies au niveau local.....	191

TABLE DES MATIÈRES (Suite)

CHAPITRE 6 SYNTHÈSE.....	196
6.1 Transformation du SAC du Québec métropolitain.....	199
6.2 Transformation du SAC de Trois-Rivières.....	208
6.3 Transformation du SAC de Hull.....	215
6.4 Transformation du SAC du réseau québécois de la santé et des services sociaux.....	220
6.4.1 Partage de pouvoirs entre médecins et infirmiers(ières).....	221
6.4.2 Transfert de pouvoir des CH vers les CLSC.....	224
6.5 Règles soutenant le SAC du réseau québécois de la santé et des services sociaux, avant Info-Santé....	227
6.5.1 Croissance et développement.....	228
6.5.2 Centralisation.....	229
6.5.3 Approche curative.....	230
6.6 Règles soutenant le SAC du réseau québécois de la santé et des services sociaux, après Info-Santé....	231
6.6.1 Rationalisation des ressources.....	231
6.6.2 Régionalisation.....	233
6.6.3 Approche préventive.....	235
CHAPITRE 7 CONCLUSION.....	237
L'Etat intègre	239
Prospective	240
Épilogue.....	242
BIBLIOGRAPHIE.....	245

TABLEAUX

Figure 1: Principales centrales Info-Santé "24/7" à travers le Québec.....	34
Figure 2: Principaux acteurs gravitant autour du concept québécois Info-Santé.....	100
Système d'action concret du Québec métropolitain	
Figure 3: Avant Info-Santé.....	203
Figure 4: Après Info-Santé.....	207
Système d'action concret de Trois-Rivières	
Figure 5: Avant Info-Santé/Info-Social.....	211
Figure 6: Après Info-Santé/Info-Social.....	214
Système d'action concret de Hull	
Figure 7: Avant Accessibilité 24/7.....	217
Figure 8: Après Accessibilité 24/7.....	219
Règles soutenant les trois systèmes d'action concrets	
Figure 9: Règles soutenant les trois systèmes d'action concrets du service Info-Santé.....	236

ANNEXES

ANNEXE 1.....	249
Entrevues - Codification	
ANNEXE 2.....	252
Canevas de travail: thèmes - indicateurs	
ANNEXE 3.....	256
Questionnaire	
ANNEXE 4.....	263
Exemple de "fiche nursing"	

ABRÉVIATIONS

CA	Conseil d'administration
CAH	Centre d'accueil et d'hébergement
CCU	Centrale de coordination des urgences
CH	Centre hospitalier
CLSC	Centre local de services communautaires
CRSSS	Conseil régional de la santé et des services sociaux
CSS	Centre de services sociaux
MAS	Ministère des affaires sociales
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
SAC	Système d'action concret

NÉOLOGISMES

Diagnostic nursing
 Consultation nursing
 Conseils nursing
 Réponse nursing
 Nature nursing
 Mesures nursing

L'appellation "nursing" réfère à des interventions régies par les limites du champ professionnel infirmier.

Réponse santé
 Visites de nature santé
 Fiches santé
 Approche santé
 Volet santé

L'appellation "santé" est utilisée afin d'établir une distinction entre la santé et le social. Réfère au contexte santé distinct du contexte social.

Fiches santé
 Protocoles nursing
 Fiches nursing

Synonymes désignant les outils développés et utilisés par le personnel du service Info-Santé.

Volet social

Réfère au contexte social

Fiches sociales

Outils développés et utilisés par le personnel du service Info-Social.

Rendez-vous physiques
 Visites physiques

Réfère à une consultation physique par opposition à une consultation téléphonique.

24/7
 Accessible 24/7

Expression fréquemment utilisée faisant référence à un horaire 24 heures sur 24, 7 jours par semaine.

Équipe multi

Terme utilisé signifiant "Équipe multidisciplinaire"

Approche douce
 Médecine douce

Faisant référence à une approche basée sur la prévention, l'information et où l'absorption de produits chimiques et le recours à des interventions chirurgicales est réduit au minimum.

INTRODUCTION

Objectifs de la recherche

En réalisant cette recherche, l'objectif convoité reposait sur l'analyse d'une structure organisationnelle tout à fait nouvelle dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec: Info-Santé. Cette organisation, dont la principale activité consiste en du "nursing téléphonique"¹, a pris naissance lors d'événements internationaux, à l'été 1984 au Québec. Son mandat était très ponctuel. Toutefois, cette organisation a non seulement survécu mais elle a su se propager. Depuis sa création, le concept s'est répandu dans plusieurs régions du Québec, toutes à caractère majoritairement urbain. L'intérêt pour ce concept organisationnel n'a cessé de croître si bien que M. Côté, alors ministre de la Santé et des Services sociaux prôna, dans la dernière réforme (1992), l'implantation d'un concept semblable dans toutes les régions du Québec.

Actuellement, un concept régional Info-Santé n'existe pas dans les régions périphériques. Cependant, un concept allégé est implanté dans les établissements qui, unilatéralement, ont décidé de procurer ce service à la population. Ainsi, ne sont couverts que

¹Le nursing téléphonique consiste à effectuer des tâches dévolues au personnel infirmier par voie téléphonique.

certains territoires d'une même région. Les initiatives sont plutôt d'ordre local.

D'un point de vue scientifique, aucune étude socio-organisationnelle n'avait été effectuée sur le service Info-Santé. Il devenait ainsi particulièrement intéressant, pour un chercheur, d'explorer ce nouveau service.

Certaines questions ont surgi à l'esprit et servi de prémisses à cette recherche. La création et l'implantation d'une nouvelle structure, dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, avait certainement des effets; mais quels étaient-ils? Quels en étaient les effets sur les autres structures déjà en place, sur les professions concernées? Le concept était implanté en régions urbaines mais quelle forme prendrait-il en régions rurales/périphériques? A quels besoins du ministère répondait cette nouvelle organisation?

Historique de la recherche

Ayant entendu parler des bénéfices découlant de cette organisation, quatre (4) CRSSS de régions périphériques nous avaient mandatée, en 1991, afin d'effectuer une recherche dont l'objectif était de proposer un modèle relié à Info-Santé, adapté aux réalités périphériques et respectant les particularités régionales. Ce document s'intitule "Centre de coordination

multiservices (CCM) - Abitibi-Témiscamingue, Bas Saint-Laurent, Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine et Côte-Nord". Dans ce document, le concept Info-Santé a été analysé sous l'angle opérationnel.

Durant le cours de ce mandat, nous avons accumulé de multiples informations, celles-ci pouvant s'avérer fort utile pour toute recherche ultérieure sur le sujet. Puisqu'aucune recherche scientifique n'avait été effectuée sur le concept général d'Info-Santé au Québec et puisque nous étions en possession de toutes ces informations, nous avons donc décidé d'utiliser les connaissances acquises et d'enrichir notre perception du concept en utilisant une méthodologie scientifique.

Nous savions déjà que les régions urbaines avaient des modèles organisationnels très développés, que certaines recommandations avaient déjà été avancées quant au modèle proposé en région périphérique et que le gouvernement se penchait actuellement sur un modèle provincial.

Nous avions une bonne connaissance de l'angle opérationnel des modèles organisationnels les plus développés et désirions, par le truchement d'une recherche scientifique, valider ou invalider les recommandations faites dans le premier document Giguère-Nadeau (1992). Il devenait donc impératif de continuer nos recherches dans le même domaine.

C'est ainsi que nous avons choisi les trois régions les plus pertinentes à notre recherche. Nous avons donc retenu un modèle implanté en région métropolitaine et deux modèles implantés en région urbaine/rurale.

Nous avons également décidé d'effectuer une recherche non pas sous l'angle opérationnel mais plutôt sous l'angle socio-organisationnel. Nous voulions relever les changements sociologiques qui se sont produits à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux suite à l'implantation des services Info-Santé.

Le présent document aborde donc le volet socio-organisationnel du service dans trois régions: la région métropolitaine de Québec (région administrative 03), la région urbaine et rurale de Hull (région 07) ainsi que la région urbaine et rurale de Trois-Rivières (région 04). Par expérience, nous savions déjà que ces trois régions étaient les plus pertinentes en regard des objectifs de notre recherche. En effet, chacune en fonction de ses particularités avait conçu et adapté le modèle à ses besoins.

Problématique

L'État est en pleine crise budgétaire: les déficits annuels gouvernementaux sont croissants, la situation est chronique; l'État doit épargner. L'administration publique, depuis quelques années,

tente d'amorcer un véritable virage en la matière. Elle est à la recherche de toutes sortes de mesures permettant de rationaliser les dépenses gouvernementales.

Dans sa nouvelle réforme, le ministre de la santé et des services sociaux, M. Côté, a poursuivi un mouvement entamé vers le début des années 70 avec la création des C.R.S.S.S.² et des C.L.S.C³. Sa réforme vise à renforcer la régionalisation de la gestion des services médicaux au Québec. Elle met l'accent sur le rapprochement des citoyens avec l'État et sur la rationalisation des ressources. Cette Réforme favorise une nouvelle approche dans la façon de dispenser les services de santé.

Dans cette optique, le ministre Côté a recommandé l'implantation de centrales régionales d'information, ouvertes 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Info-Santé en tant que structure de services de première ligne répond aux objectifs de la réforme notamment du fait de son "accessibilité 24/7" et de son approche axée sur le citoyen.

Au fil des années, les centrales d'Info-Santé mises en place au Québec se sont avérées être un outil intéressant pour le réseau. Le personnel infirmier, assigné à la tâche, répond "24/7" aux

²Conseils régionaux de la santé et des services sociaux. Avec la réforme de 1992, ces organisations sont devenues des Régies régionales de la santé et des services sociaux.

³Centres locaux de services communautaires.

demandes d'information, d'orientation, d'éducation, de référence, d'évaluation et de "diagnostic nursing". Un simple coup de téléphone permet à tout individu de réduire ses déplacements vers les salles d'urgence pour des problèmes non-urgents et de recevoir des informations qui devraient rapidement apaiser ses inquiétudes. Le "magasinage" des services est diminué puisque l'inventaire des services est rapidement accessible et que l'information permet d'effectuer un premier traitement des problèmes et d'orienter le citoyen vers les services adéquats.

Ce nouveau mécanisme de rationalisation des ressources, par l'entremise d'un encadrement à distance, favorise une "consultation nursing" et permet de diminuer le volume de consultations médicales inutiles qui, bien souvent, sont la cause principale des engorgements des salles d'urgences d'hôpitaux.

Description de la démarche

Le premier chapitre situe le lecteur et place Info-Santé dans la réforme des systèmes de santé et des services sociaux dans la société québécoise depuis les 30 dernières années. Dans ce chapitre, nous vous présentons le concept Info-Santé, son évolution historique dans le réseau ainsi que différents modèles organisationnels Info-Santé implantés à travers le Québec.

Le chapitre 2 présente le cadre conceptuel d'analyse

stratégique de Crozier et Friedberg dans "L'Acteur et le système" (1977). Les hypothèses de recherche furent avancées à la lumière du cadre conceptuel retenu. On y recense également quelques études portant sur différents aspects du réseau de la santé et des services sociaux au Québec, études dont les conclusions ont permis d'éclairer la présente recherche. Plusieurs de ces études ont été réalisées à partir d'une approche scientifique que nous avons retenue, approche fréquemment utilisée dans différentes analyses du réseau. Finalement, ce chapitre précise le cadre opératoire de la recherche. Nous y décrivons le processus utilisé pour réaliser la collecte des données et faire l'analyse des discours.

Dans les chapitres 3, 4 et 5, nous présentons les études de cas. Les analyses reposent sur de grands axes d'interprétation soit, principalement, les jeux de pouvoir, les stratégies entres acteurs, les rôles tenus par le ministère et les établissements (Régies régionales, Centres hospitaliers, C.L.S.C.) ainsi que les professionnels (médecins, infirmiers, gestionnaires) qui agissent dans ces structures et qui furent affectés par la venue de ce nouveau service. Nous ferons ressortir les dimensions dynamique et interactive des relations entre acteurs dégageant ainsi le caractère actionnaliste de leurs relations. Par l'entremise d'un constat des activités humaines axées sur la réalisation d'objectifs personnels et/ou organisationnels, nous avons pu mettre en évidence le système organisationnel appelé "système d'action concret", typique à chaque organisation.

Le chapitre 6 s'avère être une synthèse des trois cas. Nous tentons de dégager les modifications socio-organisationnelles survenues suite à l'arrivée de l'organisation Info-Santé dans chacun des systèmes socio-sanitaires régionaux. Nous mettrons également en évidence les facteurs qui, de par leur influence sur le système de la santé et des services sociaux, ont favorisé l'implantation de l'organisation Info-Santé. Nous pourrions ainsi identifier les changements survenus dans les règles organisationnelles tout en tenant compte des règles ayant influencé les "systèmes d'action concrets".

Le chapitre 7 conclut cette recherche en soumettant au lecteur, un aperçu de la position du système étatique dans ce dossier. Une projection très personnelle de l'auteure sera effectuée en ce qui a trait au modèle qui serait pertinent en région périphérique. Cette projection vient renforcer les propositions effectuées lors de notre première recherche opérationnelle effectuée en 1992 (voir Giguère-Nadeau) dans quatre régions périphériques.

I

PROBLEMATIQUE

1. Problématique

Par l'entremise d'un court survol historique, nous décrirons l'évolution du réseau de la santé et des services sociaux au Québec depuis les 25 dernières années. Nous présenterons les origines du concept Info-Santé ainsi que sa place dans la dernière réforme du système.

1.1 Les 30 dernières années

Entre 1921 et 1960, le gouvernement s'occupe de la santé et des services sociaux uniquement dans des cas très spécifiques: les indigents, les orphelins, les délinquants, les mères célibataires et les familles dépourvues. Sa participation est réduite à des prestations pécuniaires et matérielles de faible importance. Afin d'obtenir des subsides, les responsables des établissements doivent effectuer des "pèlerinages à Québec".

Toutefois, en 1961, le gouvernement, par la loi sur l'assurance-hospitalisation, augmente son implication au niveau des ressources. Cette loi garantit, aux résidents du Québec, l'accès à un ensemble de services de santé prodigués dans les centres hospitaliers. Les coûts sont défrayés par l'État qui puise ses revenus des impôts, des taxes ainsi que des subventions du gouvernement fédéral.

Le gouvernement continue d'augmenter son emprise et fait adopter deux lois. La "*Loi de l'assistance médicale*" en 1966 et la "*Loi de l'assurance-maladie*" en 1970. Les deux lois visent à faciliter la gratuité des services médicaux à la population. Dorénavant, le gouvernement, par une déduction sur le revenu des particuliers, soutient presque entièrement les services médicaux et hospitaliers au Québec.

Le 8 décembre 1970, le gouvernement fusionne le ministère de la Santé et le ministère du Bien-Être social. Il crée le ministère des Affaires sociales. La loi 65, "*Loi sur la santé et les services sociaux*", consacre la suprématie du gouvernement en matière de santé. "*Cette loi s'attaque à la répartition des postes et des pouvoirs dans le secteur des affaires sociales*". (Lemieux, V. et al. 1974). Le rapatriement des pouvoirs par le gouvernement est maintenant un fait accompli et sanctionné. Le ministère devient la plus haute instance hiérarchique de tout le réseau de la santé et des services sociaux au Québec.

La loi sur les services de santé et les services sociaux "*pave la voie à la réforme Castonguay-Nepveu*" (Demers, Bégin 1990, p.382). Cette réforme crée quatre catégories d'établissements dont les Centres hospitaliers, les Conseils régionaux de la Santé et des Services sociaux, les Centres locaux de services communautaires et les Centres d'accueil. Le

gouvernement "*conserve sa domination sur les enjeux les plus déterminants du système, soit les finalités et l'organisation formelle des établissements publics, leurs commandes et leur financement*". (Demers et Bégin, 1990, p.382). Le discours tenu favorise la décentralisation alors que l'action gouvernementale accentue la centralisation des services vers le ministère.

La Commission Castonguay-Nepveu recommande entre autre, de concéder aux C.L.S.C., un rôle d'établissement "*fournissant des services intégrés de première ligne*" (MSSS - rapport Brunet, 1987, p.7)

Cette même réforme vise une rationalisation des ressources afin de freiner la croissance des coûts. Les premières opérations de compressions budgétaires sont imposées à partir du milieu des années 1970. (Demers et Bégin, 1990 p.383)

Les relations de pouvoir, entre les composantes du système québécois, doivent être précisées. Afin de remédier aux zones grises, quelques études jettent une certaine lumière sur les responsabilités de chacune des catégories d'établissements.

Des études portant sur la réforme des affaires sociales au Québec (LEMIEUX et al.), sur la

décentralisation du secteur (LEMIEUX et TURGEON; GOSSELIN) et le système de gouverne des CLSC (LEMIEUX et LABRIE) éclairent les relations de pouvoir entre les composantes du système québécois de la santé et des services sociaux. Demers, Bégin, 1990, p. 382).

Ces études confirment la suprématie hiérarchique du ministère dans le réseau. Le gouvernement a ainsi progressivement pris le contrôle des ressources, des postes et des pouvoirs.

En 1985, le ministère des Affaires Sociales devient le ministère de la Santé et des Services Sociaux (M.S.S.S.). Un deuxième effort de rationalisation est prôné.

Durant le règne de Mme Thérèse Lavoie-Roux, plusieurs questions subsistent quant à la pertinence des C.L.S.C. Devrait-on conserver les CLSC? Quel rôle devraient-ils jouer? Devraient-ils être implantés dans toutes les régions du Québec?

Afin de trouver réponse à ces questions, on mandate M. Brunet, ancien sous-ministre de M. Castonguay, devenu par la suite Directeur général du Centre hospitalier de l'Université Laval, d'effectuer une étude sur le sujet et de faire rapport.

C'est le rapport Brunet (1987)⁴. On constate qu'il y a manque d'uniformité dans les C.L.S.C. Toutes sortes de services y sont dispensés. Certains services sont même assez marginaux.

La dernière réforme du réseau remontant à un peu plus de 15 ans, des rapports sont présentés proposant les voies à suivre pour les années à venir: ce sont les rapports de la Commission Rochon (1988), le document de Mme Thérèse Lavoie-Roux, ministre de la Santé et des Services Sociaux (1989) et tout récemment, le livre blanc du ministre M. Marc-Yvan Côté intitulé "Réforme axée sur le citoyen" (1990). Les deux documents des ministres découlent du rapport de la Commission Rochon et se veulent une suite pratique à ce rapport.

En 1991, une nouvelle loi (la loi 120 appelée Loi de la réforme) est adoptée. Elle consacre les C.L.S.C. comme étant les établissements de première ligne du réseau.

En 1992, on tient une Commission parlementaire sur le financement du réseau socio-sanitaire. Le problème de rationalisation des ressources est chronique. Toute proposition visant à alléger le fardeau financier du gouvernement est étudiée. Plusieurs acquis sont remis en

⁴Ce document est intitulé: Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport du comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les C.L.S.C., 1987, 91 pages.

question; citons l'universalité des programmes, la gratuité de certains services, etc.

Depuis 1971, plusieurs rapports proposent l'implantation d'un nouveau service: une réponse téléphonique offrant information, conseil, référence.

La proposition d'implanter une centrale d'information était déjà soumise dans le rapport Castonguay-Nepveu (1971). En effet, la réforme Castonguay-Nepveu crée les C.L.S.C. et leur attribue un rôle d'intervention plus locale, un mandat d'intervention de première ligne, *"épouse les caractéristiques de la notion de "soins de santé primaires"... de services de prévention et d'action sanitaire et sociale"* (MSSS - Rapport Brunet, 1987 p.8). Les recommandations émises dans le rapport Brunet convergent dans le même sens que celles émises dans le rapport Castonguay-Nepveu. Il est recommandé *"qu'en tout autre temps, une réponse au moins téléphonique soit apportée, réponse en termes d'information, de conseil et de référence à des services d'urgence médiale et sociale"* (MSSS - Rapport Brunet, 1987, p.88).

Toujours dans la même veine, le rapport de la ministre Mme Thérèse Lavoie-Roux, en 1989, dans *"Orientations pour améliorer la Santé et le Bien-Être au Québec"* propose l'implantation *"d'un service d'information téléphonique*

permettant à la population de se diriger plus rapidement vers les services appropriés et dans certains cas d'obtenir directement un conseil qui rendra inutile le recours ultérieur aux services formels".

Le document "Réforme axée sur le citoyen" (MSSS, 1990) identifie, comme point d'ancrage: le citoyen responsable soit le citoyen décideur, consommateur et payeur. Afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience dans le réseau, différentes recommandations sont effectuées dont la suivante: "*mettre en place, dans chaque région du Québec, un service d'information téléphonique accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine*".⁵ Il y a tout de même un peu plus de vingt ans que des recommandations sont émises à l'effet d'implanter un service semblable au service Info-santé. La commune renommée identifie le service Info-Santé à la centrale d'information téléphonique "accessible 24/7" prônée dans la dernière réforme.

1.2 Concept Info-Santé

Après avoir survolé plus d'un quart de siècle dans l'évolution du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Nous allons maintenant décrire en quoi consiste le

⁵Tiré de "Une réforme axée sur le citoyen", Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1990, page 19

concept Info-Santé. L'implantation et l'intégration de ce nouveau service à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux fera l'objet de la présente étude.

Info-Santé repose sur le principe d'un service téléphonique dont le mandat est de récupérer toutes les interpellations non-urgentes concernant la santé, de diriger le client au bon endroit, de le renseigner rapidement, de lui éviter un déplacement vers des organisations non consacrées à ce type de services (ex: aller à la salle d'urgence pour un service non-urgent), de faciliter l'accessibilité à des informations 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Puisqu'il n'y a pas de modèle provincial établi et que chaque service implanté a été adapté aux besoins de la région desservie, il n'y a pas de mission spécifique identifiée par le ministère pour les organisations de type Info-Santé.

Le personnel d'Info-Santé est entièrement composé d'infirmières. Elles rendent des "diagnostic nursing" par voie téléphonique en se basant, entre autre, sur des "fiches nursing". Ces "fiches nursing" ont été conçues par les infirmières d'Info-Santé et furent bonifiées par un médecin. Dans toutes les expériences vécues jusqu'à présent, la gestion de ce service est effectuée par des infirmières.

Les centrales type "Info-Santé" s'occupent principalement de situations à caractère non-urgent. Les services donnés aux clients se regroupent sous 5 volets:

- information: on informe les gens sur leurs droits et responsabilités à titre d'usager du réseau de la santé et des services sociaux, sur des pathologies, des médicaments, des examens.
- évaluation: suite aux informations données par le client, l'infirmier(ière) fait une évaluation de la situation; un "diagnostic nursing".
- "conseils de santé (nursing)": grâce à l'expérience clinique du personnel infirmier et à différentes fiches techniques, des "conseils nursing" sont transmis aux clients.
- éducation: on fournit les informations nécessaires afin d'améliorer l'éducation de la population en matière de prévention de la maladie.
- référence: on arrime les besoins des clients avec les bonnes ressources, les établissements appropriés ou les organismes communautaires en place.

Peu d'établissements du réseau sont mandatés pour répondre à ce type de besoins, pourtant plusieurs des organisations déjà existantes s'en occupent. Or, une tâche qui n'est assignée à personne est effectuée par tous, occupe

le personnel et mobilise les énergies de façon hétéroclite et ce, à travers tout le réseau de la santé. Info-Santé est considéré comme étant un service de première ligne.

1.2.1 Évolution d'Info-Santé, à travers le réseau

En 1984, le service de réponse téléphonique à des problématiques non-urgentes fut créé afin de répondre aux besoins d'une région urbaine, soit le Québec métropolitain et était associé à une centrale de coordination des urgences (ambulances). De par ses fonctions, Info-Santé s'est occupé principalement du volet santé puisque le volet social était couvert par d'autres organisations. Le service Info-Santé de la région du Montréal métropolitain fut implanté officiellement un peu plus tard, sur le même modèle que celui de la région du Québec métropolitain et s'est arrimé avec le 9-1-1.

En 1986, la région de Mauricie - Bois-Francs, région avoisinante de la région de Québec, vivait une problématique aiguë soit l'engorgement de certaines salles d'urgence de ses hôpitaux. Une solution devait être apportée. Parmi plusieurs mesures solutionnaires, les gestionnaires concernés ont convenu d'implanter un service de "réponse nursing 24/7". En 1987, le centre de crise (volet social) fut intégré au service de réponse nursing 24/7 (volet santé). Le concept fut enrichi

par l'ajout, à la réponse santé, d'une réponse sociale et le service devint Info-Santé/Info-social. Quatre CLSC ont unis certains budgets afin d'offrir ce service.

Quant à la région de Hull, elle fit évoluer le concept en permettant une couverture totale du territoire de la région de Hull. En effet, les neuf (9) C.L.S.C. de la région se sont coordonnés en 1989 afin de répondre aux appels d'une population urbaine et rurale. La réponse couvrait les problèmes touchant la santé. En ce qui a trait aux problèmes sociaux, d'autres organisations en milieu urbain, étaient assignées à ce service.

Les organisations urbaines de Québec et Montréal étaient reliées au C.R.S.S.S. et logées au C.R.S.S.S. Info-Santé Montréal métropolitain avait le statut d'organisme sans but lucratif. Les modèles organisationnels desservant une population plus rurale (Trois-Rivières et Hull) étaient rattachés à des C.L.S.C. Maintenant tous les modèles organisationnels d'Info-Santé font partie du réseau des CLSC.

Les services Info-Santé de chacune des régions, ont démarré à la faveur de situations conjoncturelles facilitant l'utilisation de budgets rattachés à des situations ou des événements particuliers. Info-Santé fait partie des initiatives locales qui, reprises par d'autres régions, ont su

répondre aux attentes actuelles du gouvernement (rationalisation des ressources, régionalisation, information, accessibilité) et aux attentes des populations ("approche de santé douce", encadrement à distance, rapprochement du citoyen, "consultation nursing" directe).

Actuellement, le M.S.S.S. n'a pas encore proposé de modèle provincial mais le sujet est à l'étude. De par les recommandations de M. Marc-Yvan Côté alors qu'il était ministre de la Santé et des Services sociaux, et en regard de l'évolution administrative du concept, il est prudent d'affirmer que les services Info-Santé, services de première ligne seront rattachés au réseau des C.L.S.C., établissements de première ligne.

1.2.2 Avantages du concept Info-Santé

Info-Santé vise à diminuer certains effets pervers, certaines défaillances du réseau de la santé.

Une étude effectuée au Centre Hospitalier de Rouyn-Noranda (Éthier, 1990) démontre que 91,04% de l'ensemble des clients qui se présentent à l'urgence du centre hospitalier ont des problèmes de nature semi-urgente ou non-urgente. 8,96% de l'ensemble des clients ont visité l'urgence pour des problèmes extrêmement urgents et urgents. Info-Santé vise la

diminution de l'achalandage des salles d'urgence en répondant aux problématiques non-urgentes, sans déplacement, par voie téléphonique.

On doit également prendre en compte la réalité propre aux CLSC. En effet, ces derniers, pour la grande majorité, étaient jusqu'il y a quelques années, ouverts de 9 à 17 heures. Comment consolider leur présence au sein de leurs milieux s'ils ne sont ouverts que durant les heures normales de travail? Étant inaccessibles, ils devenaient inefficaces au moment où les activités familiales sont le plus intense soit entre 17h00 et 22h00 la semaine et durant toutes les fins de semaine. Autant d'éléments soulevés par le rapport Brunet. Pourtant, dès leur création, les C.L.S.C. devaient être les instances locales privilégiant l'accessibilité à des services de santé et à des services socio-communautaires! Info-Santé répond à ce besoin et offre l'"accessibilité 24/7" par l'intermédiaire d'un service de renseignement téléphonique.

Dans les régions périphériques, la pénurie de médecins complique la situation. Il est très fréquent d'avoir à attendre plusieurs mois avant d'obtenir un rendez-vous au cabinet privé du médecin. Faute de ressources accessibles, les gens se dirigent vers l'urgence du centre hospitalier ou du centre de santé. Cette situation ne facilite en rien l'accessibilité tant recherchée par le ministre de la Santé et

des Services sociaux. Info-Santé s'avère une solution intéressante visant à offrir une réponse de première ligne dès les premiers besoins de services de santé. Info-Santé facilite l'"accessibilité 24/7".

Info-Santé favorise la responsabilisation du citoyen. Un des administrateurs d'une Régie nous indique que de plus, "*les interventions de type Info-Santé coûtent moins cher que les mêmes interventions effectuées en établissement*" (C). En d'autres termes, les coûts de la structure requise pour soutenir une simple intervention téléphonique sont moindres que les coûts de la structure requise pour soutenir la même intervention prodiguée en salle d'urgence.

Dû au franc succès de la centrale Info-Santé à Québec, le projet temporaire est devenu permanent. L'initiative de la région de Québec métropolitain, bonifiée par l'ampleur de l'achalandage au service, acceptée et enrichie par d'autres régions, s'avère un outil de première ligne. La dernière réforme a d'ailleurs récupéré le principe de centrale d'information "accessible 24/7".

1.2.3 Controverses du concept Info-Santé

La venue de cette nouvelle structure a nécessairement influencé les enjeux dans les régions où elle fut implantée:

- cette structure a pour mission d'effectuer des tâches déjà accomplies par d'autres organisations du réseau (même si ces tâches ne sont assignées à aucun établissement en particulier);
- cette structure demande de nouvelles ressources pécuniaires alors que toutes les organisations actuelles du réseau se font imposer des restrictions budgétaires;
- cette structure s'est appropriée certaines responsabilités, certains devoirs, de nouvelles ressources. Le travail effectué par ces centrales a eu un effet sur le travail effectué dans certaines organisations du réseau tel la diminution des appels téléphoniques de type non-urgents dirigés vers les salles d'urgence des centres hospitaliers. En effet, le personnel infirmier de l'urgence ne répond plus aux appels de type non-urgent. Ces appels sont transférés à Info-Santé ce qui libère le personnel infirmier de l'urgence.

Selon le degré d'importance accordé aux effets de l'implantation de cette nouvelle structure, les acteurs/organisations qui se sentent menacés par le changement provoqué, désirent protéger leurs intérêts personnels/organisationnels. Même avant que le gouvernement ne présente un modèle Info-Santé provincial, plusieurs régions se sont déjà penchées sur la question et ont engagé des

discussions afin de conceptualiser un modèle adapté à leurs réalités.

La Fédération des CLSC a réagi rapidement et présenté un scénario de base démystifiant le service ainsi que le rôle qu'une organisation tel Info-Santé pourrait jouer dans le réseau des C.L.S.C. (Voir Document de réflexion numéro 5 - L'Accessibilité, 1991). La Fédération des C.L.S.C. a fait d'Info-Santé, son "billet stratégique"⁶ afin de favoriser l'accessibilité aux C.L.S.C.

Au sein des autres établissements de santé, certaines questions, non moins pertinentes, ont été soulevées par leur personnel:

- pourquoi implanter une nouvelle structure alors que les structures déjà en place réussissent dans la mesure du possible, à maintenir des services de qualité?
- Pourquoi ne pas allouer ces nouvelles ressources à des départements déjà en place alors que le MSSS demande de rationaliser les ressources?

⁶Billet stratégique signifie qu'Info-Santé, aux yeux de la Fédération des CLSC, est un outil stratégique puisqu'il rencontre toutes les orientations proposées dans le rapport Brunet: accessibilité, première ligne, uniformisation de services, etc. Intégrer tous les services Info-Santé dans les CLSC serait un excellent moyen (billet) facilitant l'obtention de ces objectifs.

- Pourquoi ne pas allouer ces budgets afin de répondre aux besoins du problème le plus urgent d'une région donnée (mentalité de chaloupe de sauvetage)⁷?
- Jusqu'à quel point l'éthique professionnelle médicale peut-elle permettre à une infirmière de rendre un diagnostic nursing par téléphone? Quelle est la portée légale d'un tel geste? Qu'advient-il des probabilités de poursuites?⁸

Les pages suivantes feront étalage des différents modèles organisationnels Info-santé présentement implantés au Québec.

Nous n'avons retenu, pour les fins de cette étude, que les organisations bien enracinées dont les caractéristiques représentaient d'intéressantes particularités. Ces modèles ont joué un rôle important dans l'évolution du concept québécois Info-santé.

⁷Le qualificatif de mentalité de "chaloupe de sauvetage - lifeboat mentality" veut dire exercice classique en théâtre amateur où on choisit qui doit être sacrifié à bord d'un malheureux canoë surchargé. (Bégin, Brunelle, 1990)

⁸Aucun avis juridique n'existe stipulant l'encadrement légal des conseils de santé dispensés par voie téléphonique. L'analogie réfère aux notes d'observation d'infirmières tel que la jurisprudence l'indique dans le cas Gravel contre Gardeur où l'on mentionne l'importance des notes au dossier. Le principe qui s'applique est le même que pour les ordonnances téléphoniques: "Ce qui n'a pas été écrit n'a pas été fait". Par pratique courante, les conversations sont enregistrées et les échanges entre l'infirmière et le client sont écrits ce qui offre une certaine protection au personnel infirmier qui rend des "diagnostics nursing" par voie téléphonique.

1.3. Principaux modèles Info-Santé au Québec

1.3.1 Modèle du Québec métropolitain - Info-Santé

Le modèle organisationnel du Québec métropolitain consiste en une centrale unique, un seul numéro de téléphone, "accessible 24/7". On n'y fait pas d'écoute sociale⁹. La population étant assez nombreuse, d'autres instances sont déjà implantées afin de palier aux besoins sociaux. Info-Santé de Québec offre également les services provinciaux Info-MTS-SIDA.

Le volet Télésurveillance¹⁰ est assuré par le personnel d'Info-Santé. Il dessert les clientèles référées par les CLSC du secteur prescrit.

L'organisation Info-Santé de Québec a fait alliance, jusqu'à tout récemment, avec la centrale de coordination des urgences (ambulances de transport primaire seulement). Depuis quelques mois, la centrale de coordination des urgences est logée avec la centrale des pompiers et des policiers. Le 1er

⁹Écoute sociale signifie une intervention téléphonique de durée très variable (pouvant aller jusqu'à des heures d'écoute pour un seul appel) où un intervenant social écoute un client parler de son problème de nature sociale (ex: prévention-suicide, relations parents-enfants, etc.)

¹⁰Télésurveillance consiste en un service téléphonique dispensé par du personnel infirmier visant à soutenir les personnes suivies par les CLSC et ciblées comme étant en perte d'autonomie et ayant des besoins de support et de surveillance à domicile ne pouvant être totalement comblés.

octobre 1993, le CLSC Haute-ville est devenu fiduciaire d'Info-Santé et logera Info-Santé dans ses locaux.

1.3.2. Modèle du Montréal métropolitain - Info-Santé

A Montréal, le modèle organisationnel ressemble au modèle urbain de Québec. Là encore, une centrale répond aux appels 24/7. Jusqu'à tout récemment, un unique numéro de téléphone (le 9-1-1) permettait de rejoindre Urgences-Santé qui comprenait Info-Santé et les transports ambulanciers.

Suite aux événements malencontreux de l'École Polytechnique de Montréal en décembre 1989, le rapport De Coster (De Coster, 1990) recommandait de créer des lignes téléphoniques distinctes pour les appels urgents (ambulances) et les appels non urgents (Info-santé).

Cette recommandation ayant été entérinée par un décret ministériel, Urgences-Santé a modifié son plan d'action et créait une centrale Info-Santé accessible par un numéro différent et ce, en août 1992. Depuis avril 1993, la gestion de cette centrale relève du C.L.S.C. Montréal-Nord.

Au niveau de la télésurveillance, Montréal signale des cas spécifiques aux C.L.S.C. du territoire. Info-Santé ne publicise aucun service d'écoute sociale; toutefois, des

travailleurs sociaux répondent aux demandes de consultation du personnel infirmier et assurent en deuxième ligne une réponse aux besoins de la population.

1.3.3 Modèle de la région de Hull - Accessibilité continue

Le modèle organisationnel de Hull diffère du modèle urbain. Ce modèle a dû être adapté aux réalités rurales. Ainsi, de 9 heures à 21 heures, les jours de semaine, chaque client signale le numéro du CLSC de son secteur. Son CLSC lui répond.

A partir de 21 heures, une centrale prend tous les appels en charge. Le client signale toujours le numéro de son CLSC mais, par transfert d'appels, la réponse provient de la centrale.

Du personnel est mis en disponibilité dans chaque secteur de la région afin de répondre aux besoins de nature santé (par opposition aux besoins de nature sociale) des bénéficiaires ne pouvant se déplacer vers les établissements de santé.

La clientèle de Télésurveillance est également desservie par la centrale, selon le principe adopté à Québec.

L'organisation Info-Santé de Hull offre les services de santé physique de première ligne et est en phase d'évaluation au niveau des services d'information sociale.

1.3.4 Modèle de Trois-Rivières - Info-Santé/Info-Social

Le CLSC Les Forges fonctionne sensiblement selon le modèle de Hull sauf que le CLSC Les Forges s'occupe du volet santé (Info-Santé) et du volet social (Info-Social). Le centre de crise est intégré à la centrale. Le même personnel répond aux deux volets. Les appels sont ensuite dirigés vers la personne-ressource appropriée.

Le jour, chaque CLSC répond aux appels qui lui sont dirigés; le soir, le CLSC Les Forges répond, par transfert d'appels pour 4 CLSC. Fait particulier en ce qui concerne le modèle organisationnel de Trois-Rivières, il y a des "visites physiques" à la centrale, le soir, en ce qui concerne les situations à caractère social. L'intervenant social d'Info-social ne se déplace sur le territoire que lorsqu'il y a situation de crise nécessitant sa présence. Aucun intervenant social n'est mis en disponibilité dans les secteurs de la région.

Il n'y a pas de service de Télésurveillance à Trois-Rivières mais le centre continue d'agir, à titre de ressource, pour les clientèles de "maintien à domicile".

1.3.5 Modèle de la région de la Beauce - Assistance-Santé

Le modèle organisationnel de la Beauce nous apporte également quelques variances. Comme à Hull ou à Trois-Rivières, le jour, les appels sont traités par les CLSC. Toutefois, le soir, les appels sont tous transférés à l'Urgence du Centre Hospitalier.

Le personnel attitré à Assistance-Santé, dans chaque CLSC, s'occupe également des cliniques voyageurs¹¹ ainsi que des maladies infectieuses. L'infirmière fait du dépistage en ce qui concerne les questions d'ordre de santé pour les personnes se présentant au CLSC. Elle fait donc la référence interne au CLSC.

Il n'y a pas de télésurveillance et l'infirmière en poste à Assistance-Santé ne fait aucun "maintien à domicile". Le volet social est, depuis peu, couvert par Assistance-Santé.

¹¹Ce volet, auquel l'infirmière d'Assistance-Santé répond, couvre les demandes concernant les vaccins requis avant d'effectuer un voyage ou d'autres renseignements concernant la santé durant un voyage.

1.3.6 Régions périphériques

Le service Info-Santé n'est pas encore implanté dans les régions périphériques, du moins à l'échelle régionale. Toutefois, plusieurs régions ont unifiées leurs ressources afin de proposer un modèle adapté à la réalité périphérique.

Les CLSC sont sensibilisés par la Fédération des CLSC aux similitudes entre les orientations du service Info-Santé et les orientations des CLSC. Intégrer Info-Santé dans les CLSC est une préoccupation majeure de la Fédération des CLSC. Quant aux hôpitaux, ils voient en l'organisation Info-Santé un outil leur permettant de désengorger les salles d'urgences, de répondre aux appels non-urgents et de libérer leur personnel assigné à des soins urgents. D'un point de vue purement administratif, la centralisation de plusieurs services vers une organisation "accessible 24/7" peut devenir intéressant pour les Régies de la santé et des services sociaux. La récupération de plusieurs petits budgets redistribués à la nouvelle organisation améliorerait l'accessibilité à ces services (principe de la centrale de coordination multiservices - voir Giguère-Nadeau, 1992).

L'intérêt tangible et sans cesse croissant de ces organisations laisse présager, dans un avenir très prochain, une requête visant l'implantation d'un Info-Santé en région périphérique.

FIGURE 1 - TABLEAU SYNTHESE
 PRINCIPALES CENTRALES INFO-SANTE "24/7"
 A TRAVERS LE QUEBEC
 N=NURSING S=SOCIAL

CRITERES	QUEBEC	MONTREAL	HULL	TROIS-RIV	BEAUCE
POINTS DE SERVICE	1	1	13 ¹²	5 ¹³	3 ¹⁴
SANTE 24/7	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SOCIAL 24/7	NON	NON	NON	OUI	OUI
DIREC-TION	CRSSS/ CLSC ¹⁵	CRSSS/ CLSC	CLSC	CLSC	CLSC/CH
TELESUR-VEILLANCE	OUI	NON	OUI	NON	NON

¹²9 CLSC et 4 points de services

¹³4 CLSC et 1 point de service. Cette centrale couvre la région de Trois-Rivières ainsi que la région de Clova, Parent et Lac Edouard du Haut St-Maurice

¹⁴3 CLSC de la région ainsi que la région du Lac Etchemin

¹⁵Au début, Québec et Montréal relevaient du C.R.S.S.S. Maintenant, ils sont tous rattachés à un C.L.S.C.

	QUEBEC	MONTREAL	HULL	TROIS-RIV	BEAUCE
VISITES SUR TERRI TOIRE	NON	NON	OUI PR SANTE	OUI PR SOCIAL	NON
LIE PLAN D'URGENCE	OUI	OUI	OUI	NON	NON
FICHES- SANTE	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
FICHES- SOCIAL	NON	NON	NON	OUI	NON
APPROCHE B-P-S ¹⁶	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICES AU MEME # TEL.	NURSING	NURSING	NURSING	NURSING SOCIAL MIX	NURSING
VISITES A CENTRALE	NON	NON	NON	OUI PR SOCIAL	NON

¹⁶B-P-S- signifie biopsychosocial: approche globalisante de la santé

	QUÉBEC	MONTREAL	HULL	TROIS-RIV	BEAUCE
EMPLOYES	62	90	18 ¹⁷	17	30 ¹⁸
POPULA- TION	500 000	2,100,000	255 825	150 000	105 000
APPELS	220 000	365 000	35 708	18 000=N 2 748=S	36 000
BUDGET	1,3 M.	4,2 M.	900 000	800 000	+ DE 260 000 ¹⁹
ORIGINE BUDGETS	GRANDS VOILIERS - VENUE PAPE	URGENCES - SANTÉ	PROG. DESENGOR- GEMENT URGENCES	PROG. RAPATRIE- MENT CLIENTS	CLSC/ MSSS
TERRI- TOIRE	QUEBEC METROPO- LITAIN	C.U.M. ²⁰ + LAVAL	OUTAOUAIS	T.-R. ET HAUT ST- MAURICE	BEAUCE

¹⁷Uniquement à la centrale

¹⁸30 employés incluant le personnel infirmier du CH Ste-Marie de Beauce.

¹⁹260,000\$ représente la part du MSSS et ne couvre que 2 jours de fonctionnement. Les CLSC, à même leur budget, couvrent les 3 autres jours et le CH couvre les fins de semaine, congés, etc.

²⁰C.U.M. = Communauté urbaine de Montréal

Ces trois pages de tableaux synthétisent cinq modèles organisationnels Info-Santé au Québec. On constate qu'il y a cinq organisations différentes et que des modèles différents surgissent. Par exemple, Québec et Montréal (centres urbains) opèrent tout le service d'une centrale. Les trois autres modèles: Hull, Trois-Rivières et la Beauce offrent les services en collaboration avec d'autres organisations (CLSC, CH). Tous les modèles offrent le service de base: le volet santé 24/7. Seulement la région de Trois-rivières et de la Beauce (les régions étant les plus dépourvues en diversité d'organismes sociaux répondant à des problématiques sociales 24/7) offrent le volet social "24/7".

À l'origine, les organisations de Québec et de Montréal étaient sous la Direction de leur Régie respective et étaient logées dans les locaux de leur Régie. Les organisations de Hull, Trois-Rivières et de la Beauce furent, dès le départ, reliées à des CLSC. Depuis, Info-Santé de Québec et Info-Santé de Montréal ont été récupérées par des CLSC. Les organisations de Québec et de Hull ont un système spécifique de télésurveillance (service visant les personnes référées par un CLSC). Il n'y a que dans la région de Trois-Rivières que des intervenants sociaux effectuent des visites pour répondre aux besoins sociaux tandis que seule la région de l'Outaouais est desservie par du personnel infirmier effectuant des visites pour répondre aux besoins de santé de la population.

Les régions plus urbaines sont toutes liées à un plan d'urgence (policiers, pompiers, ambulanciers). Tous les modèles organisationnels utilisent les "fiches santé" et une approche biopsychosociale. Puisque la centrale de Trois-Rivières répond aux besoins sociaux "24/7", des fiches dites sociales ont été créées. Cette centrale est la seule à recevoir des clients ayant des problèmes sociaux hors des heures régulières d'ouverture.

On constate également que le nombre d'appels téléphoniques annuels est assez imposant et que le budget annuel moyen pour faire fonctionner une centrale tourne autour de un million de dollars.

II

PROJET DE RECHERCHE

2. Projet de recherche

2.1 Objet de l'étude

En effectuant une étude sur le concept Info-Santé, nos ambitions reposaient sur le désir de mieux comprendre le processus d'implantation des Info-santé au Québec. Tel que mentionné précédemment, aucune recherche scientifique n'a été effectuée sur le sujet. En tant que chercheure, nous avons donc l'avantage d'être la première à effectuer l'étude de cette nouvelle structure du réseau de la santé et des services sociaux, initiative et création québécoise.

Afin de mieux comprendre l'organisation Info-Santé, les éléments entourant sa création, sa survie, ses altérations, son intégration et ses effets sur le système, nous nous sommes arrêtée, plus particulièrement, sur trois structures organisationnelles d'Info-Santé.

Ces organisations sont:

- l'Info-Santé du Québec métropolitain, centrale située et orchestrée à proximité de l'organisation ministérielle de la santé et des services sociaux. Cette région est créatrice du concept initial répondant à des problématiques non-urgentes et des outils adoptés par toutes les autres organisations Info-Santé. Les

interventions sont effectuées en santé;

- l'Info-santé/Info-social localisé à Trois-Rivières, desservant une partie de la région Mauricie - Bois-Francs, région avoisinante de la région de Québec, à caractère urbain et rural, auquel s'annexa, au volet santé, le volet social. Cette structure regroupe 4 CLSC de la rive nord de la région;
- l'Accessibilité continue de Hull, région urbaine mais avec un grand territoire rural, fut la première structure régionale à regrouper tous les CLSC de la région, au nombre de neuf (9). Leurs interventions se situent uniquement dans le domaine de la santé.

Notre objectif, dans cette recherche, repose sur la nécessité d'étudier le processus d'intégration d'une nouvelle organisation ainsi que ses effets sur le MSSS et d'en faire l'analyse systémique. Il est inconcevable de tenter d'analyser toute application d'un concept sans associer la(les) application(s) du concept dans leur contexte organisationnel, dans leur contexte systémique. Nous devons donc rechercher une méthodologie qui embrasse cette posture paradigmatique.

Notre revue de littérature durant le cours de cette recherche nous a amenée à retenir l'angle d'étude socio-

organisationnel. Nous croyons qu'une telle approche reflète bien la réalité de toute organisation, objet de découvertes.

Théoriquement, une organisation n'est qu'une structure, des objectifs, des engagements. Une organisation en soi n'existe pas; elle nécessite l'apport humain. L'humain et l'organisation construisent ensemble un système vivant où l'action prédomine. Ces actions concrètes sont coordonnées, synchronisées dans une optique de finalité sociale. La pertinence d'une approche socio-organisationnelle est donc fondamentale.

Nos intentions étaient donc basées sur le désir d'apprivoiser le système soit le réseau de la santé et des services sociaux en analysant le fonctionnement des établissements qui en font partie, en relevant certaines lois et règles qui encadrent ces structures, en examinant de plus près la planification stratégique du réseau à travers son histoire, en identifiant les différents rouages de la machine à la lumière des études et rapports réalisés; le tout afin de mieux saisir l'impact structurel que peut occasionner la venue d'une nouvelle organisation.

Le portrait organisationnel ne pouvait être complet sans l'apport d'une meilleure connaissance des rôles humains, du jeu des acteurs. Les interactions humaines colorent le

système et tentent de porter une structure, une organisation, un réseau vers la réalisation d'objectifs personnels et organisationnels.

Afin de bien comprendre l'organisation Info-Santé, nous devions identifier les effets de l'implantation d'une nouvelle structure dans le réseau de la santé et des services sociaux, saisir les rouages du système dans lequel était intégrée la nouvelle organisation, identifier les rôles qu'ont joué les acteurs concernés, les stratégies utilisées, les jeux de pouvoirs entre chaque groupe de professionnels. Tous ces éléments devaient être replacés dans leur contexte systémique.

A ce titre, nous devions amasser les témoignages d'individus ayant activement participé à l'implantation et/ou l'évolution du concept Info-Santé et dont le rôle avait influencé les orientations prises par les organisations du réseau, incluant le nouveau service. Ces individus devaient provenir des champs administratif, politique ou producteur de services. Ils devaient être actifs aux niveaux central, régional ou local et devaient avoir été responsables du projet ou agents désignés.

À toute fin pratique, nous voulions savoir en quoi le système et les acteurs avaient participé à la conception et

l'évolution d'un concept qui, au fil des années, a su survivre et s'adapter à des réalités urbaines et rurales.

En tenant compte de ces éléments, la sélection du cadre conceptuel fut facilitée. L'approche systémique d'analyse stratégique de Crozier et Friedberg devenait particulièrement intéressante.

Leur approche repose sur une analyse systémique (système) et une analyse stratégique (rôles joués par les acteurs) des organisations.

2.2 Cadre conceptuel

Parmi les auteurs scientifiques qui ont démontré l'importance des acteurs dans le système, Crozier et Friedberg ont été parmi les premiers à parler de jeux des acteurs et les premiers à parler de "système d'action concret" embrassant les intérêts des acteurs ainsi que les intérêts de l'organisation. Nos recherches se sont donc appuyées sur leurs écrits.

Dans le volume faisant état de leurs réflexions, "L'Acteur et le système" (1977), les deux auteurs abordent l'organisation sous l'angle systémique. Les acteurs interagissent à l'intérieur d'organisations et l'ensemble de ces interactions forment un système. Ce système d'action se

concrétise par le jeu des acteurs. Ces acteurs agissent selon une stratégie égoïste (l'acteur vise à obtenir son but personnel) et selon une approche systémique (l'acteur est guidé par la cohérence finalisée du système, les résultats à atteindre) (Voir Crozier et Friedberg, 1977, p.237).

Crozier et Friedberg considèrent que l'essentiel de l'analyse consiste à démontrer l'existence du "système d'action concret" par l'intermédiaire de la description des propriétés du système et ses conséquences, par la reconnaissance des limites de l'analyse et par l'élucidation des problèmes pertinents (Voir Crozier et Friedberg, 1977, p.251).

L'organisation: un construit

Depuis Taylor, l'organisation est approchée selon le concept formel. On la décrit comme étant une structure avec un certain nombre d'échelons hiérarchiques, chacun avec son niveau d'autorité, son niveau de responsabilité. Les organisations sont décrites en termes statiques.

Aucune organisation n'existe en soi si ce n'est par les humains qui la composent. L'humain jouant un rôle prépondérant dans l'organisation, il devient évident qu'une organisation est composée d'éléments statiques (structure, postes,

définitions de tâches, etc.) et d'humains (relations de groupes, stratégies, jeux, pouvoirs, etc.). On réalise vite que le formel n'est pas suffisant pour expliquer l'organisation. L'humain confère à l'organisation un caractère informel.

Cette constatation appelle à repenser le rapport entre le formel et l'informel.... Un troisième type de raisonnement.. consiste à considérer le formel comme une réponse aux pressions des chantages informels, comme un moyen de gouverner en structurant et stabilisant les jeux de pouvoir qui se constituent naturellement à partir des incertitudes des activités communes.... Au lieu d'opposer seulement formel et informel, ne devrait-on pas opposer aussi le jeu régulier qui comporte à la fois une structure formelle et une vie informelle. (Crozier et Friedberg, 1977, p.289-290)

Chaque individu a une certaine latitude quant au temps où il choisira d'accomplir telle action, possédera et transmettra telle information, comment il entrera en relation avec les autres, avec qui et quelles sont ses motivations? C'est ce que l'on appelle l'informel, l'*artificiel*. Tout ce non-connu est un composé non prescrit des échanges humains. C'est un construit.

A fortiori, si l'analyse est effectuée sous la perspective du jeu, une organisation est plus que formelle. Une organisation est un construit de jeu où les incertitudes artificielles rendent le jeu possible (Crozier et Friedberg, 1977, p.247). Les acteurs motivés par les objectifs

personnels et organisationnels mettent en oeuvre des stratégies, maintiennent des incertitudes artificielles destinées à influencer le comportement des autres acteurs. C'est ainsi que l'artificiel est maintenu dans l'organisation.

L'organisation faisant partie d'un système, chaque situation devient *expérimentale* puisque le système est en constant mouvement, en constante mutation/adaptation. Due à l'aléatoire des expériences vécues, la composition des relations informelles devient donc unique à chaque relation.

Son caractère artificiel (au système), les contraintes qui sont les siennes constituent des conditions expérimentales: elle éliminent les interférences - les bruits - extérieurs. (Crozier et Friedberg, 1977, p.228)

Les organisations sont des construits de situations, de problèmes. Puisqu'il n'y a pas de problème en soi, le problème est donc un construit. Tout demeure une perception d'êtres humains s'activant dans une organisation, un système.

Cette perception des problèmes amène à des solutions rattachées à des perceptions; donc, encore des construits. Il peut donc y avoir plusieurs répertoires de solutions. Ainsi, une organisation n'est pas un phénomène général mais bien un phénomène particulier qui provient du construit du phénomène

humain. Une organisation a un caractère construit et contingent.

Le système d'action concret est un phénomène concret vérifiable empiriquement et non pas un système abstrait, un système construit, c'est-à-dire contingent, et non pas un système naturel. (Crozier et Friedberg, 1977, p.246)

En fait, ce qui provoque le volet contingent d'un "système d'action concret" c'est la liberté d'action des acteurs: la gamme des choix à sa disposition, le caractère démocratique des agissements humains, l'incertitude.

Cette perception des problèmes par les humains est une perception *limitée*. Elle fait partie d'un ensemble de problèmes beaucoup plus complexes que la perception de l'acteur.

Quelle que soit la configuration empirique des champs stratégiques respectifs des acteurs organisationnels, leurs possibilités d'expérimentation et d'apprentissage seront toujours limitées par leur appartenance à l'organisation, par les contraintes de la "rationalité" des jeux déjà existants. (Crozier et Friedberg), 1977, p.220)

Ceci nous amène au coeur de la théorie des auteurs Crozier et Friedberg. L'organisation étant un construit contingent, expérimental et limité par les perceptions des acteurs puisqu'ils n'ont que des perceptions partielles de

problèmes, nous devons maintenant mettre en perspective, l'organisation elle-même, système faisant partie d'un système plus grand qui lui aussi est composé de problèmes construits.

Ainsi, afin de mieux comprendre les organisations, il faut, par l'entremise des problèmes, analyser le raisonnement des acteurs (contenu) et le système entourant les acteurs (contenant).

Raisonnements d'analyse d'une organisation

Il y a deux modes complémentaires, convergents et contradictoires pour analyser les organisations. Ce sont: le raisonnement stratégique qui part de l'acteur vers l'organisation et le raisonnement systémique qui part de l'organisation vers l'acteur (Voir Crozier et Friedberg, 1977, p.230).

Par le raisonnement stratégique, nous pouvons mieux comprendre la rationalité des agissements des acteurs dans l'organisation. Par le raisonnement systémique, nous pouvons analyser l'ordre construit de l'organisation, les influences de l'organisation sur les acteurs.

Afin de vulgariser ces énoncés, nos deux auteurs ont proposé ce commentaire: le raisonnement stratégique servirait

à expliquer le raisonnement d'un meurtrier en relations avec les gens qui l'entourent. Le raisonnement systémique expliquerait les conditions sociales qui ont favorisé cet être humain à devenir un meurtrier.

Le raisonnement stratégique

Chaque acteur ayant une perception limitée des problèmes, déploie une(des) solution(s) en fonction de ses perceptions et provoque des actions qui nous semblent irrationnelles mais qui sont, dans la perspective de l'acteur, très rationnelles. Le rôle calculé, joué par l'acteur, est en relation directe avec *"la logique du système qui l'a conditionné ou qu'il a intériorisé"* (Crozier et Friedberg, 1977, p.238).

Une bonne façon de comprendre ce qui peut sembler irrationnel consiste à analyser les jeux des acteurs, comprendre leurs zones d'incertitude et analyser le pouvoir à l'intérieur du système. L'acteur a des réactions apparemment irrationnelles dans le seul but de neutraliser ses incertitudes et obtenir une stratégie gagnante visant la protection de ses intérêts ainsi que la réalisation des objectifs de l'organisation. L'acteur emploie une stratégie visant à protéger ou améliorer son pouvoir (Voir Crozier et Friedberg, 1977, p.231). La stratégie c'est l'action visant à protéger le pouvoir.

Si plusieurs incertitudes sont communes à plusieurs acteurs, nous sommes capables de mieux identifier le jeu organisationnel, le jeu étant le rapport social dans l'action. Le jeu est intimement lié à la culture organisationnelle. Une compréhension de la culture organisationnelle facilite l'identification des caractéristiques de l'organisation, des particularités de l'organisation.

Le raisonnement stratégique repose sur la perception de l'acteur. Il est axé sur le but puisque l'essence même de ce raisonnement est la protection de l'acteur et puisqu'il n'existe pas de champ neutre, la notion de pouvoir devient une membrane indissociable du jeu. Qui dit stratégie, dit pouvoir.

Il n'y a pas de champ neutre non structuré, postulat qui repose sur la constatation qu'il n'y a pas d'action sociale sans pouvoir et que tout pouvoir suppose et constitue à la fois une structuration du champ. (Crozier et Friedberg, 1977, p.244)

Bernoux vient préciser le modèle de Crozier et Friedberg. Il indique qu'afin de comprendre le raisonnement stratégique, l'important c'est de bien analyser trois concepts-clés: le système d'action concret, l'incertitude et le pouvoir (Bernoux, 1985). Le "système d'action concret" est un construit de stratégies et de jeux dans lequel des zones

d'incertitude sont récupérées par des acteurs et utilisées afin de protéger ou améliorer le pouvoir de ces derniers.

Le raisonnement systémique

Le raisonnement systémique consiste à aborder l'organisation d'un oeil différent. En effet, nous sommes en présence d'un système ayant des propriétés (découlant du système formel et artificiel des jeux prédominants). A l'intérieur de ce système, effets et causes sont interdépendants. L'analyse de cet ensemble permet de comprendre et de prévoir les résultats que l'on voudrait expliquer.

Au lieu de rechercher le ou les coupables, au lieu d'essayer de localiser le vice de structure ou le vice de fonctionnement, il s'agit de faire un diagnostic du système qui permette de comprendre en quoi et pourquoi, dans ce système, les comportements ou les mécanismes incriminés sont en fait rationnels. Crozier et Friedberg (1977) p.233

L'analyse systémique permet l'analyse des contraintes que le système impose aux acteurs pour expliquer leurs réactions, leurs jeux, leurs stratégies, le pouvoir.

D'un côté, nous avons les forces émanant des acteurs qui sont en réaction aux influences, en réaction aux forces systémiques et aux forces des autres acteurs, eux-mêmes en

réaction protectionniste. De l'autre côté, le système, par son construit, son historique, fait des pressions qui vont colorer la réaction des acteurs.

L'interdépendance des deux raisonnements

Le mot-clé dans toute cette théorie est l'interdépendance. Interdépendance entre le stratégique et le systémique, entre l'irrationnel de l'acteur et le rationnel de la structure, entre l'informel des relations humaines et le formel de l'organisation.

Une seule approche en soi n'est pas suffisante. En effet, si l'analyse de l'organisation n'était faite qu'en fonction du raisonnement stratégique, nous ne pourrions déterminer que le gagnant entre une personne et l'autre personne sans regarder le système. Si l'analyse de l'organisation n'était faite qu'à travers le raisonnement systémique, nous ne pourrions que regarder le formel de la structure, ses effets sur la structure.

Afin de saisir l'entité organisationnelle constituante du "système d'action concret", nous devons comprendre quels sont les enjeux (objets de pouvoir) des acteurs aussi bien que la façon dont l'organisation conditionne l'acteur.

L'approche stratégique est inductive. Un acteur perçoit une situation; il induit que telle action ou tel jeu résultera en une menace à sa liberté. L'acteur raisonne ainsi: si tel changement se produit, les acteurs vont avoir telle ou telle attitude, donc, je dois réagir de telle façon. Les réactions des acteurs sont déjà conditionnées par leurs perceptions.

L'approche systémique est déductive. On connaît les éléments formels de l'organisation. Une logique de finalité, de cohérence. Telle échelle hiérarchique devrait provoquer tel ordre de commandement.

Ainsi, tel que nous l'avons mentionné au début de cette rubrique, l'approche de Crozier et de Friedberg permet une vision dualiste: la stratégie égoïste de l'acteur (son but) et la cohérence finalisée du système (résultat).

D'après eux, il n'y a qu'une logique qui puisse marier les deux stratégies: c'est la théorie des jeux, la logique du jeu (Voir Crozier et Friedberg, 1977, p.237).

Le système d'action concret

La notion de système d'action concret implique une multitude de jeux interreliés qui s'entrecroisent, qui ont des limites, des exclusions et des inclusions. Ces jeux sont

contraignants et contingents. L'existence de toutes ces articulations, de ces jeux, avec leurs propriétés, jeux qui se régularisent ensemble, supposent un système d'action concret.

Le système ... est un essai de reconstitution d'un construit humain indispensable à la poursuite des activités et des relations sociales. Le postulat sous-jacent à l'affirmation de son existence, c'est le postulat de l'existence nécessaire d'un jeu qui permet de coordonner les stratégies opposées de partenaires en relation, de la nécessité d'un système "contenant" pour rendre possible les conflits, négociations, alliances et jeux entre les jeux "contenus" dans cet ensemble. (Crozier et Friedberg, 1977, p.243-244)

Le système d'action concret est un phénomène vérifiable empiriquement c'est-à-dire qu'il s'appuie sur l'expérience et non sur des données scientifiques ou rationnelles²¹ (Voir Crozier et Friedberg, 1977, p.246).

En effet, il faut d'abord découvrir les stratégies suffisamment stables à l'intérieur d'un ensemble; l'historique, la culture sont porteurs de certaines constantes. Il faut également découvrir les jeux, les règles du jeu et les régulations de ces jeux qui ont fait partie intégrante de ces stratégies.

²¹Définition du terme empirique selon le dictionnaire Petit Robert, Dictionnaire de la langue française, Editeur Dictionnaires Le Robert, 1985.

L'élément-clé des jeux repose sur l'inconnu. En effet, c'est à cause de l'inconnu, de l'incertitude, des zones grises que naît le désir d'influencer, la capacité d'influencer, le pouvoir d'influencer. Ce pouvoir qui a la propriété d'être fluide existe et se maintient par le désir d'amener les jeux collectifs à protéger les enjeux personnels et les enjeux organisationnels. Les relations humaines sont à la base même de l'organisation "construite".

L'idée de relation va au-delà de la délégation. Elle inclut l'idée de réciprocité....La réciprocité inclut l'idée d'une pression possible de celui qui reçoit un ordre sur celui qui le donne.La relation de pouvoir reste une relation déséquilibrée. (Bernoux, 1985, p.155-156-157)

Sans relations de pouvoir, il n'y a pas de système. C'est la base même de son existence. Toutes les stratégies sont exécutées afin de maintenir les relations de pouvoir.

Le diagnostic de l'existence d'un système peut donc et doit donc se faire à partir de la constatation de relations de pouvoir. Le postulat implicite qui justifie notre raisonnement, c'est qu'il ne peut y avoir pouvoir sans structuration et que structuration suppose régulation, c'est-à-dire que nous devons nous trouver dans le cas d'un système d'action. (Crozier et Friedberg, 1977, p.249)

Finalement, il y a les règles. Elles régulent le système. On les retrouve aussi bien au niveau formel qu'au niveau informel. Elles permettent le maintien de l'équilibre entre les jeux des acteurs et les résultats du système. Reynaud, qui

a particulièrement insisté sur les règles, fait le lien entre les règles et les stratégies des acteurs.

Ce qui assure la stabilité des règles, ce qui permet leur maintien, ce n'est donc pas à proprement parler leur poids ou leur inertie. Ce sont les forces qu'elles mobilisent ou plutôt, ce sont les stratégies des acteurs qui les utilisent et les construisent. (Reynaud, 1989, p.63)

A la suite des observations et analyses, il faut rechercher les caractéristiques et propriétés différentes du système d'action concret. En effet, il s'agit de relever le degré de fragmentation et de cloisonnement de l'organisation, relever les modes de communication dominants, le degré de structuration des jeux ainsi que les limites du système quant à son entrecroisement avec d'autres systèmes d'action concrets. Les limites du système sont régies par les régulations (règles) conditionnant l'ouverture du système d'action concret avec les autres systèmes d'action concrets. (Voir Crozier et Friedberg, 1977, p.249-250)

Les règles expliquent la rationalité²² derrière les stratégies des acteurs, derrière les mouvements du système et sont la clé maintenant le système d'action concret en équilibre. Leur identification est donc le dernier boulon d'ancrage soutenant l'organisation sociologique.

C'est que dans les systèmes humains que nous appelons systèmes d'action concrets, la régulation ... s'opère par des mécanismes de jeux à travers lesquels les calculs rationnels "stratégiques" des acteurs se trouvent intégrés en fonction d'un modèle structuré. Ce ne sont pas les hommes qui sont régulés et structurés, mais les jeux qui leur sont offerts. A la limite, un système d'action concret n'est qu'un ensemble de jeux structurés. Crozier et Friedberg (1977) p. 284-285

Afin de clôturer cette synthèse de l'approche stratégique de Crozier et Friedberg, nous vous présentons leur définition d'un système d'action concret:

Nous pouvons donc définir finalement un système d'action concret comme un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité des jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux. (Crozier et Friedberg, 1977 p.286)

²²La rationalité, selon Crozier et Friedberg, est ainsi décrite: aucune décision ne peut être considérée comme rationnelle en soi, elle n'est rationnelle que par rapport au système d'action qui la produit. Il est question de rationalité *dans* le système c'est-à-dire rapportée aux conditions structurelles des jeux qui le constituent. Il n'est pas question d'une rationalité du système. (Crozier et Friedberg, 1977, p.303).

2.3 Etudes recensées portant sur le réseau

Un recensement de quelques recherches sociologiques, dont l'objet d'étude est le ministère de la santé et des services sociaux, introduira le lecteur à certains éléments permettant d'enrichir la compréhension du cadre conceptuel retenu pour la recherche.

Les auteurs de ces recherches ont choisi, comme prémisses, l'étude des jeux des acteurs dans une organisation, les flux d'influence, le pouvoir, le contrôle. Après avoir lu plusieurs recherches effectuées sur le réseau, nous avons constaté que le cadre conceptuel de Crozier et Friedberg dans "L'Acteur et le Système" (1977) était fréquemment utilisé pour analyser le réseau de la santé et des services sociaux. Nous avons donc utilisé ce cadre conceptuel.

Notre étude étant de type socio-organisationnel, Crozier & Friedberg analysent un système organisationnel selon deux approches: une approche stratégique (stratégie des acteurs) et une approche systémique (système organisationnel) ce qui répondait à nos objectifs d'analyse socio-organisationnelle.

La lecture de certains travaux des auteurs ayant utilisé d'autres méthodes d'analyse du réseau fut également enrichissante car elle nous apporta de nouveaux éléments

utiles dans notre compréhension du réseau soit par le choix des indicateurs d'analyse, soit dans les conclusions suite à l'analyse.

Nous avons également fait des recherches afin de trouver des écrits sur Info-Santé. Le phénomène étant relativement récent, nous n'avons trouvé aucun écrit scientifique portant sur le sujet Info-Santé.

Ainsi donc, nous vous présentons une courte synthèse des éléments que nous avons retenus de ces lectures. Un des angles de recherche retenu par certains consiste en l'analyse des différents niveaux de contrôle de l'action.

Selon Lemieux et al, (1974), il existe trois "moyens de choix publics": ce sont les ressources (moyens tangibles et intangibles), les postes (positions) et les pouvoirs (formel, capacité de participer). *"Les postes impliquent généralement des ressources et les pouvoirs impliquent généralement des postes"* (p.38).

Les recherches de Lemieux et al, (1974) portaient de l'hypothèse suivante: *"La régulation des ressources entraîne alors celle des postes et des pouvoirs parce que c'est seulement ainsi qu'on peut arriver à coordonner la société dans un secteur"* (Lemieux et al., 1974, p.38).

Donc, selon Lemieux et al., il existe trois moyens par lesquels le contrôle s'acquiert. Plus le contrôle devient omniprésent sur ces trois moyens, plus grand devient le pouvoir du détenteur des moyens. Cette étude nous a sensibilisé aux différents niveaux de contrôle par lesquels le gouvernement acquiert du pouvoir.

Lemieux analyse le réseau de la santé et des services sociaux selon trois grands niveaux de choix publics: le niveau politique, le niveau administratif et le niveau social. Chaque niveau procure une porte d'entrée dans le jeu des influences et la capacité d'influencer peut s'acquérir sur plus d'un niveau à la fois. Les choix décisionnels sont à caractère politique, politico-administratif, administratif, socio-administratif, social et socio-politique.

Ainsi, celui qui peut contrôler les ressources, les postes ou les pouvoirs, sur un ou plusieurs niveaux, possède une capacité d'influence en relation directe avec le nombre de niveaux de choix publics et le nombre de moyens de choix publics dont il a le contrôle. En résumé, celui qui maintient le contrôle sur les niveaux et les moyens contrôle le système.

La conclusion de cette recherche stipule que "*lorsque le gouvernement intervient dans un secteur, il commence généralement par régler les ressources, puis les moyens*

politiques plus efficaces que sont les postes et surtout les pouvoirs" (Lemieux et al., 1974, p.53-54).

Un peu dans la même veine, Demers et Bégin, (1990), ont relevé trois points de vue stratégiques dans le MSSS. Ce sont: a) le champ de production de services à la population, b) le champ administratif et c) le champ politique.

A l'intérieur de ces champs stratégiques, sont transmises des informations, sont effectuées des décisions, par l'entremise de ressources humaines et grâce à des ressources financières et matérielles. Les jeux d'influence entre les ressources humaines, les acteurs, sont fluides à travers tout cet enchevêtrement et coopèrent à diriger le système vers un résultat gagnant soit guider l'organisation dans l'accomplissement de ses finalités.

En plus du champ administratif et du champ producteur de services, leur analyse inclut le champ politique qui *"introduit une "circularité" dans le flux des relations de pouvoir qui n'existe pas dans le champ administratif ni dans le champ de production des services"* (Demers et Bégin, 1990, p.402).

Leur recherche concernant deux cas de fusion d'hôpitaux est basée sur l'approche de Crozier & Friedberg. Leur champ

d'étude était donc le même que nous. L'approche choisie était également la même que nous. Nous avons enrichi notre connaissance historique du réseau à la lecture de leur document. Leur étude nous fit prendre conscience que même si toute la structure du réseau est basée sur le champ administratif ainsi que sur le champ producteur de services, les décideurs du réseau de la santé et des services sociaux font erreur en ignorant le champ politique.

Depuis la commission Castonguay-Nepveu, la réalisation d'une politique de la santé repose sur le champ administratif alors que c'est le champ politique qui finalement aura prépondérance. C'est également à travers ce champ que les décisions sont prises. Tous les acteurs jouant un rôle administratif ou producteur de services peuvent également jouer un rôle politisé et devenir acteurs politiques. Ce champ, dans le réseau, est donc beaucoup plus important qu'on ne l'aurait cru. C'est à travers le champ politique que les débats concernant les deux cas de fusion se sont tenus. Les acteurs du champ administratif, dans un objectif d'efficacité et d'efficience prônaient des fusions. Les acteurs du champ politique (médecins, population, gestionnaires, usagers) prônaient des solutions favorisant chacun leurs établissements. Les décisions finales ont donc été politisées.

En présentant ce même numéro de Recherches sociographiques soit le numéro XXX1, 3, 1990, Lemieux reprend le thème des trois paliers dans le réseau du MSSS. Ces paliers sont:

- le palier central
- le palier régional
- le palier local

A chacun de ces paliers, nous pouvons retrouver les moyens utilisés pour mieux contrôler les niveaux de choix publics ou stratégiques facilitant l'acquisition du pouvoir.

Cette énumération des différents paliers ainsi que des champs stratégiques a facilité l'identification des acteurs que nous devions interviewer afin de mieux saisir les "systèmes d'action concrets" des trois organisations Info-Santé, sujets d'étude.

Plusieurs auteurs ont basé leurs recherches analytiques en abordant le système sous la bannière des flux. Dans un document écrit par Lemieux et Labrie, (1979), les relations d'influence dans la régulation des opérations d'un système sont précisées en utilisant le terme flux pour mieux décrire les échanges:

- les flux de ressources humaines (matière-énergie et informations pouvant être détachés des personnes)

- les flux de ressources financières (ou matérielles)
- les flux de services (matière-énergie et informations reliées aux personnes qui les fournissent)
- les flux d'information (entre les flux et les postes du système)
- finalement, les flux d'influences (métacommunication qui entraîne ou non une autre communication)

Cette recherche, par l'identification des flux d'influence, a facilité notre compréhension du phénomène échange et aiguisé notre sensibilité face aux liens entre acteurs de différents niveaux, paliers, etc.

Dans cette même recherche, Lemieux et Labrie (1979) ont clarifié le rôle des acteurs, à l'intérieur d'une relation d'influence. Un acteur peut jouer, selon la situation et selon l'individu avec lequel il est en relation, trois rôles (p.165):

- *gouvernant* (est à l'origine d'un cheminement de l'influence positive qui atteint directement ou indirectement tous les acteurs de l'ensemble considéré)
- *agent* (est à la fois influencé et influençant sans être un gouvernant)
- *sujet* (est influencé sans être influençant)

Toutes ces balises permettent de nous guider dans le brouillard grisâtre²³ du réseau de la santé au Québec en identifiant les différents échanges relationnels qui sont sources de capacité d'influencer, sources de pouvoir.

Cette même étude de Lemieux et Labrie (1979) porte sur les relations d'influence dans la régulation des opérations d'un système soit le système gouvernemental des CLSC. Les auteurs de cette étude présentent les relations d'influence positive (celui qui réussit), négative (celui qui échoue) et mixte (positive et négatif à la fois). Chaque acteur peut occuper plus d'une position d'influence. Même si un acteur perd ici et gagne ici, l'important dans les jeux de pouvoir est de conserver son niveau de pouvoir. Ils concluent ainsi: *"Le MAS a perdu des pouvoirs par la décentralisation. C'est le prix qu'il a dû payer pour sauvegarder sa domination dans la hiérarchie des relations certaines d'influence"* (Lemieux et Labrie 1979, p.170).

Non seulement cette étude a-t-elle donné une couleur aux flux d'influence (positif ou négatif) mais elle a également identifié les rôles possibles d'un acteur intercepté par différents flux. Il devenait intéressant pour nous de

²³Selon Bhérer (1986) le gris est la couleur nationale des Conseils régionaux et du réseau des Affaires Sociales à cause des zones grises de pouvoir, des zones grises de responsabilité p.30

reconnaître le rôle de tel acteur à tel moment, à tel niveau, en relation avec tel autre acteur.

Dans une autre étude de Lemieux réalisée en 1980, les conclusions des recherches se lisent comme suit:

"Les phénomènes de centralisation et de décentralisation peuvent être éclairés par l'analyse structurale, fondée sur la double idée qu'il y a un ordre logique entre les domaines du contrôle et que dans les jeux du contrôle sur ces domaines, les acteurs cherchent à établir des structurations du pouvoir qui maintiennent ou améliorent leurs positions de départ, les acteurs les plus puissants réussissant généralement mieux que les autres à ce jeu, surtout dans le contrôle des domaines les plus déterminants de l'action" (Lemieux et Turgeon, 1980, p.710).

O'Neil (1990) identifie trois types d'entrepreneurs capables d'influencer la mise à l'ordre du jour d'une politique publique: des entrepreneurs en problèmes, des entrepreneurs en solutions et des entrepreneurs politiques (p.413) Ces entrepreneurs interviennent durant la phase d'émergence de l'organisation.

Son étude porte sur "Villes et villages en santé". Par l'entremise de leur recherche, même s'ils la qualifient de recherche au stade préliminaire, ils concluent ainsi:

"les projets locaux ou de réseaux ne peuvent démarrer, fonctionner ou se maintenir que si l'environnement est propice, qu'au moins une fenêtre

politique se présente au bon moment et qu'un ou plusieurs entrepreneurs soient prêts à l'emprunter"
(O'Neil et al., 1990, p.415).

Cette étude nous a été utile car elle a contribué à notre recherche en faisant mention de la dimension politique et de l'entrepreneurship nécessaires pour faire avancer les dossiers.

Les organisations naissent grâce à des entrepreneurs et sont mises en oeuvre par des acteurs. Ce sont les individus qui font les organisations. Ce sont les actions, les jeux, les influences des individus qui colorent l'entité organisationnelle et lui donnent vie. Tous ensemble, ils forment un construit, un "système d'action concret".

Ils peuvent détenir certaines positions stratégiques, certains pouvoirs, jouer certains rôles, utiliser certains arguments. Leurs interactions ont pour but de protéger leurs objectifs personnels et organisationnels. La finalité, pour l'individu et l'organisation, c'est de gagner et ce, dans le sens de ne pas perdre.

Lemieux, dans sa présentation du recueil de "Recherches sociographiques" publié en 1990, va plus loin en déterminant la position stratégique des acteurs. Ces derniers peuvent être:

- responsables élus ou non;
- agents désignés par les responsables;
- intéressés qui ne sont pas nommés mais qui participent d'eux-mêmes;
- population à la base.

Il propose trois (3) formes de pouvoir des acteurs:

- pouvoirs de financement;
- pouvoirs de désignation;
- pouvoirs de sélection.

En effet, un acteur possède du pouvoir sur les ressources (financement), sur les désignations et les sélections (postes).

Il est intéressant de connaître les possibilités de position stratégique et les différents pouvoirs que peuvent accaparer les acteurs. Ces éléments sont à la base même des stratégies personnelles. En tant que chercheur, il est important d'identifier les rôles et stratégies personnelles des acteurs de chaque "système d'action concret" surtout dans le cadre d'une étude systémique basée sur l'acteur et le système.

Plusieurs des auteurs que nous avons mentionné ont utilisé, pour leurs recherches, la méthodologie, l'approche

sociologique de Crozier et Friedberg. D'autres auteurs ci-haut énumérés ont utilisé des prémisses compatibles en approche socio-organisationnelle.

Tous ont un point de vue systémique. Nous les avons retenus, car ils ont servi à enrichir notre compréhension du "système d'action concret" qu'est le ministère de la santé et des services sociaux au Québec en mettant en évidence certains angles d'analyse de l'organisation Info-Santé, élément du "système d'action concret".

Par leurs apports, nous nous sommes sensibilisée à des indicateurs tels les champs d'interaction, les niveaux décisionnels ainsi que les rôles possibles joués par les acteurs concernés. Nous avons pu saisir les logiques argumentatives utilisées afin de renforcer les positions et identifier les formes de pouvoir présentes dans chaque contexte. Ces écrits nous ont préparée à réaliser la recherche proprement dite et à apprivoiser le sujet d'étude.

Exiga (1981) explique dans son volume les éléments de diagnostic important dans une analyse sociologique. Il présente surtout des facettes des relations de groupes, leurs dépendances, leurs échanges, leurs statuts, les contraintes et les marges de liberté probables. Il nous a incité à regarder de plus près les relations réelles, les enjeux, les valeurs

propres, les positions respectives, etc. ceci afin de mieux comprendre les relations de groupe et les rôles joués par les acteurs. Il parle également de faire le bilan des ressources de chaque acteur: le savoir, le contrôle des règles, le contrôle de l'information, le contrôle des moyens. La lecture de son volume a précisé les éléments à analyser pour mieux comprendre les acteurs, les enjeux et les stratégies.

Bernoux (1985) et Reynaud (1989) ont facilité notre compréhension de l'approche Crozier & Friedberg. Bernoux vulgarise l'"approche Crozier et Friedberg". Il indique les éléments à analyser lorsque nous étudions l'approche stratégique et systémique. Il nous parle plus spécifiquement de l'individu en relation avec sa fonction, de l'individu dans un groupe; son rôle de participant et son niveau d'intégration au sein du groupe. C'est plus que la stratégie personnelle; c'est la stratégie de groupe. Il décrit l'organisation en termes de structure, d'organigramme, de système divisant les tâches, etc. Il précise les trois concepts-clés de l'approche stratégique soit le "système d'action concret", la zone d'incertitude et le pouvoir. Il termine son document par la reconnaissance de la culture et de l'identité propre de chaque système organisationnel. Grâce à ces indications, les éléments à analyser pour identifier le "système d'action concret" de chaque organisation ont été précisés; la méthodologie de Crozier et Friedberg a été simplifiée par les

explications détaillées ainsi que par une vision du "système d'action concret" encore plus éclatée.

Quant à Reynaud, il nous a aidé à mieux comprendre les règles proprement dites. Reynaud nous fait prendre conscience de toutes les règles qui nous entourent: règles formelles, informelles, traditionnelles, culturelles, de marché, de concurrence, sociales, communautaires, affichées, rationnelles, coutumières, etc. En fait, après avoir lu Reynaud, la reconnaissance de règles devient un jeu d'enfant puisque nous prenons conscience que nous sommes continuellement régis par des règles. Il ne reste qu'à les reconnaître.

Finalement, nous avons fort apprécié le document de Bégin, Labelle et Bouchard (1987) puisque ce document s'est avéré une intéressante référence méthodologique de l'approche Crozier & Friedberg. Après avoir lu ce document et en se basant sur leur façon d'appliquer l'approche de Crozier & Friedberg, nous avons structuré le canevas de notre propre étude. Après avoir relevé les éléments sur lesquels ils ont porté attention, la façon dont ils ont appliqué la méthode, nous avons maintenant un canevas pouvant servir de modèle méthodologique. Les étapes de notre recherche sont donc basées sur les différentes étapes de leur démarche: l'identification des indicateurs, les thèmes retenus, les objectifs visés, le

processus de réalisation, le contenu du rapport, la présentation, etc. Le secteur d'étude étant le même pour les deux recherches, nous avons largement utilisé leur document.

2.4 Hypothèses de recherche

Lorsque nous avons débuté cette recherche, nous avons prétendu que l'implantation d'une nouvelle structure, dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, avait un impact sur le réseau comme tel et notre désir était d'élucider la nature de cet impact.

Nous prétendions que l'impact se produisait au niveau des organisations aussi bien qu'au niveau des acteurs de ces organisations.

Nous prétendions que chaque acteur du réseau de la santé effectuait des jeux afin de protéger ses enjeux vis-à-vis d'autres acteurs, que chacune des stratégies développées visait la protection des intérêts personnels sans pour autant mettre en péril la réalisation des objectifs des organisations.

Nous avons supposé que la venue du service Info-Santé a, dans chacune des régions où il fut implanté, donné naissance à des stratégies visant à protéger la répartition du pouvoir

entre acteurs, que les relations entre acteurs étaient dynamiques et portaient à l'action/réaction.

Nous avons prétendu que dans chaque service Info-Santé, existait un système d'action concret.

Nous voulions découvrir, en mettant en parallèle trois organisations semblables, si certaines expériences se répétaient et que de ces expériences, des changements similaires avaient émergé.

Nous croyions également, malgré certaines particularités systémiques, que les trois organisations vivaient plusieurs similitudes notamment au niveau des enjeux.

Nous avons également prétendu que la nouvelle structure organisationnelle Info-Santé venait modifier les systèmes d'action concrets existants. Autrement dit que d'autres systèmes d'action concrets du réseau étaient affectés par la venue d'Info-Santé et que le système d'action concret commun (MSSS) était altéré.

Crozier et Friedberg imagent ces hypothèses en présentant l'organisation comme un nid d'abeilles. Chaque alvéole est relié à plusieurs autres alvéoles. Chaque altération d'une

alvéole produit un effet se répercutant sur toutes les autres alvéoles. En d'autres termes, une sorte de synergie.

Nous avons supposé que les trois systèmes d'action concrets seraient influencés par leur position géographique: un système d'action concret du service Info-Santé implanté en région urbaine serait différent d'un système d'action concret du service Info-Santé implanté en région rurale.

C'est à partir de ces hypothèses que nous avons démarré la recherche proprement dite.

2.5 Processus de réalisation

Toutes les étapes préalables au processus de réalisation ont été exécutées: l'objet de l'étude est démystifié, des hypothèses de recherche ont été avancées et un cadre conceptuel est retenu. Nous en sommes à l'étape de la collecte des données.

En fait, nous avons, au départ, un certain avantage puisque le sujet ne nous est pas entièrement inconnu. En effet, un an auparavant, nous avons effectué une recherche opérationnelle sur le concept Info-Santé en analysant le modèle urbain et ses possibilités d'exportation en contexte

périphérique.²⁴ Cette première recherche nous a largement facilité la tâche pour la réalisation de la deuxième. Les contacts étaient déjà effectués, des interviews portant sur le contexte organisationnel avaient été réalisés; nous avions déjà une bonne connaissance des modèles d'application.

Nos choix se sont arrêtés sur trois régions. Ces régions furent choisies parce que chacune avait apporté au concept quelque chose de nouveau et que ces modifications pouvaient, à toute fin pratique, faire partie d'un éventuel modèle provincial.

Le personnel Info-Santé du Québec métropolitain créa le premier service basé sur des interventions non-urgentes ainsi que les outils requis pour assurer l'uniformité des services. Ils facilitèrent l'accès de plusieurs établissements du réseau québécois aux outils Info-Santé, à la philosophie de travail, à la formation.

Le personnel Info-santé/Info-social de Trois-Rivières, ajouta un élément particulier au concept de base: le volet social. Le portrait démographique de la région est constitué de secteurs urbains et ruraux. Quatre (4) C.L.S.C. de la rive nord se sont unis afin d'offrir le service.

²⁴Voir Giguère-Nadeau, J. Centrales de coordination multiservices - (CCM) (1992)

Le personnel Accessibilité 24/7 de Hull signola le concept en incorporant le service dans le réseau régional des C.L.S.C. de la région de l'Outaouais; ces derniers desservant le territoire entier de la région (urbain et rural).

Nous possédions une assez bonne connaissance du concept opérationnel Info-Santé mais nous étions plutôt ignorante sur les rouages du réseau de la santé, le fonctionnement des établissements, l'organisation systémique, les lois, les règles, les niveaux décisionnels. Nous avons dû recenser les écrits pouvant faciliter notre compréhension du réseau, ses changements, ses étapes évolutives. En somme, il a fallu apprivoiser le réseau: son historique, ses réformes, ses crises, ses problèmes, etc.

Afin d'apprendre à mieux connaître le réseau, nous avons effectué une recherche bibliographique visant deux objectifs: a) trouver des documents, articles scientifiques, recherches effectuées sur le service Info-Santé, b) trouver des documents, articles scientifiques, études ou écrits réalisés par des auteurs reconnus pour leurs recherches dans le domaine de la santé et des services sociaux. Nous sommes partie de l'article "Pouvoirs et contre-pouvoirs" de Demers et Bégin. Cet article parut dans le document Recherches sociographiques, XXXI, 3, 1990. Le cadre conceptuel utilisé par ces auteurs était celui de Crozier et Friedberg. De cet article, nous

avons relevé les noms des auteurs listés dans la bibliographie. Nous étions donc en possession d'une banque de noms ayant publié dans le domaine de la santé, du pouvoir ou ayant utilisé le cadre conceptuel de Crozier et Friedberg. D'ailleurs, cette édition de Recherches sociographiques, XXXI, 1990, fut fort utile car elle était spécialement dédiée à la santé, au système et à ses acteurs.

La banque de noms d'auteurs en main, nous sommes allée à la bibliothèque afin de visualiser et analyser les écrits pouvant être pertinents à notre étude. Lorsque cette sélection fut effectuée, nous sommes allée au centre de documentation de la Régie de Québec. Nous espérions trouver des documents internes portant sur Info-Santé. Nous n'avons découvert aucune étude scientifique dont l'objet d'étude portait sur Info-Santé. Toutefois, nous y avons trouvé des documents portant sur les différentes commissions d'enquête (Castonguay-Nepveu, Rochon, De Coster), portant sur des éléments en relation directe avec Info-Santé (rationalisation des ressources, services de première ligne, CLSC, etc.) des copies de la loi 120 et autres documents internes du réseau (livre blanc, rapport Brunet, etc.). Un appel téléphonique fut placé afin d'acquérir le document de la Fédération des CLSC. Chaque fois qu'un nouveau document nous apparaissait pertinent, la bibliographie du document nous amenait à rechercher de nouveaux documents. Quant aux études régionales, nous les

possédions déjà puisque ces documents nous avaient été remis lors de notre première recherche.

Après un mois de lecture et une analyse détaillée de plusieurs études effectuées ou mandatées par le réseau, une vision beaucoup plus claire du système nous apparaissait.

La méthodologie avait été choisie mais nous devions l'apprivoiser. Un autre mois a été consacré à la compréhension de l'approche stratégique de Crozier et Friedberg.

Après avoir lu maintes fois Crozier et Friedberg, après avoir analysé leur cadre conceptuel, certains éléments demeuraient nébuleux. Il faut mentionner que nous n'avions jamais apprivoisé le cadre conceptuel de Crozier et Friedberg ni utilisé leur approche. Afin d'améliorer notre compréhension de l'approche systémique, nous avons lu Bernoux (1985) qui présentait une intéressante vulgarisation du cadre conceptuel de Crozier et Friedberg. Même après Bernoux, nous éprouvions toujours des difficultés en ce qui concerne les règles. Grâce à Reynaud (1989), les règles étaient simplifiées.

Ensuite, nous avons identifié les acteurs devant être interviewés (voir annexe 1). Notre choix s'est arrêté sur le personnel professionnel ayant un niveau d'autorité dans les

organisations Info-Santé: des Directeurs généraux des organisations fiduciaires des Info-Santé, des directeurs des Info-Santé, des membres de comité intervenant avec Info-Santé, des directeurs des régions régionales, un responsable de la Fédération des C.L.S.C. et un responsable d'Info-Santé au ministère.

Les interviewés devaient être intervenus au niveau politique (Ministère), au niveau administratif (Régie) ou au niveau producteur de services(établissements, service Info-Santé) Demers et Bégin, (1990). Les acteurs devaient avoir une capacité d'influencer, un pouvoir décisionnel et provenir du palier central, du palier régional ou du palier local, Lemieux, (1990). Nous savions que toute organisation passe à travers une phase d'émergence, de mise en oeuvre et d'évolution. Nos interviewés devaient avoir tenu des postes de responsabilité durant une, deux ou trois phases évolutives de l'organisation O'Neil, (1990). Les interviewés devaient avoir joués des rôles de responsables, d'agents ou d'intéressés Lemieux, (1990).

Tous nos interviewés étaient des gestionnaires. Les acteurs choisis devaient avoir une capacité d'influencer les enjeux, devaient pouvoir déployer certaines stratégies. Ils devaient posséder du pouvoir décisionnel. Donc, nos interviewés devaient être des gestionnaires, des

administrateurs ayant décidé, influencé l'émergence, la mise en oeuvre ou l'évolution du service Info-Santé de leur région. Des appels téléphoniques placés aux Régies ainsi qu'aux établissements fiduciaires ont rapidement permis d'identifier les personnes rencontrant ces critères. C'est d'ailleurs par ces contacts que les noms des personnes du ministère et de la Fédération des CLSC furent identifiées. C'est ainsi que treize (13) entrevues furent réalisées avec quatorze (14) personnes.²⁵

Nous avons cherché des informations sur la structure formelle, la structure informelle, les habitudes décisionnelles, la culture, les jeux de pouvoir, le processus décisionnel, la gestion et la planification stratégique.

Les concepts de base choisis étaient les acteurs, les jeux/stratégies, le pouvoir et les règles (Crozier et Friedberg, 1977). Notre objectif était de recueillir des données sur les perceptions, les attitudes, les comportements. Au niveau des jeux/stratégies, nous nous sommes arrêtée aux flux humains, aux flux de ressources monétaires, de services, d'information et d'influences (Lemieux et Labrie, 1979).

Les indicateurs retenus devaient être basés sur les différents paliers du réseau; l'identification des acteurs

²⁵Une entrevue fut réalisée en présence de deux acteurs de même niveau décisionnel, provenant du même établissement.

stratégiques, leurs rôles; les différentes phases de l'organisation; les stratégies passées, actuelles; les relations entre gouvernants/responsables et agents. Selon le palier et le rôle de l'acteur y exerçant ses fonctions, nous avons essayé d'analyser les activités au niveau politique, au niveau administratif et au niveau de la production de services.

Finalement, toutes les questions posées aux acteurs étaient basées sur les flux, l'inconnu, les contrôles, le pouvoir, qui y gagnait? (relation positive), qui y perdait? (relation négative) (Lemieux et Labrie, 1979); en somme les enjeux des acteurs et leurs stratégies.

Nous avons monté une liste préliminaire de thèmes/sujets/questions propices à la compréhension de systèmes d'action concrets. Les thèmes/sujets/questions énoncés avaient un sens très large (voir annexe 3, liste préliminaire).

Le questionnaire devait être structuré afin de fournir les informations facilitant l'analyse stratégique et systémique de chacune des organisations. C'est ce qui nous amena à structurer notre questionnaire sous l'angle des stratégies car les stratégies sont conçues en prenant en considération le système. Nous avons alors découvert le volume

de Laflamme (1977). Laflamme aborde ses processus de diagnostic sous l'angle stratégique: la stratégie d'orientation, la stratégie de mobilisation, la stratégie sociale, la stratégie de gestion ainsi que l'analyse du système de performance. À chacune des stratégies, sont rattachés des facteurs d'évaluation et des grilles d'analyse. Ces facteurs d'évaluation et grilles d'analyse comportaient plusieurs indicateurs (voir annexe 2) qui nous ont été précieux lors du montage du questionnaire d'une cinquantaine de questions (voir annexe 3).

Notre tâche consistait à s'assurer que, durant les entrevues, tous les volets pertinents à l'individu interviewé avaient été couverts.

Dès la première entrevue, nous avons rapidement réalisé l'impossibilité de passer systématiquement à travers le questionnaire de cinquante questions. Une entrevue aurait duré une journée et encore! Le pré-test avait été révélateur.

Or donc, nous nous sommes réajustée et avons démarré les entrevues subséquentes avec une simple question: comment est démarré votre organisation Info-Santé? Racontez-moi votre histoire jusqu'à aujourd'hui?

C'est ainsi qu'avant chaque entrevue, nous avons préparé une liste de questions pertinentes, en relation directe avec le niveau d'autorité de la personne interviewée. Une première sélection des questions était effectuée parmi les thèmes/sujets/questions présentés dans la liste préliminaire. Nous nous referrions alors aux cinquante questions parmi lesquelles nous pouvions identifier celles portant sur ces thèmes/sujets/questions et concernant l'interviewé. La liste préliminaire et le questionnaire ont été complémentaires. À la fin de chaque entrevue, un survol rapide des thèmes/sujets/questions énoncés dans la liste préliminaire permettait de vérifier si nous avions réponse à toutes les questions destinées à l'interviewé.

Chaque entrevue portait, en moyenne, sur une dizaine de points spécifiques tels leur implication au niveau de l'organisation, leur perception et/ou évaluation personnelle de l'organisation, le processus décisionnel, les relations interpersonnelles, les liens avec les autres établissements du réseau de la santé, etc.

Les questions retenues concernaient les flux d'échanges possibles de l'interviewé avec les acteurs du champ politique, administratif et producteur de service, avec les acteurs du niveau provincial et/ou régional et/ou local. Chaque

interviewé n'agit et ne réagit qu'à travers certains flux relationnels. Il fallait cibler les questions sinon les entrevues auraient été aussi fastidieuses que la première.

Les questions que nous avons posées aux acteurs stratégiques concernaient les rôles/interventions d'un palier par rapport à l'autre palier (ex: central versus régional ou politique versus administratif); les enjeux qu'ils ont eu à débattre; la définition pour eux des concepts de base (Info-Santé, 1^{ère} ligne); les problèmes encourus dans l'organisation; leur position vis-à-vis les autres établissements et les circonstances entourant le choix de l'organisme responsable d'Info-Santé; l'identification des défenseurs des projets; les particularités du réseau dans chaque région; les relations entre établissements/groupes professionnels concernés par Info-Santé; la provenance et le processus de renouvellement des budgets; sur quoi repose la philosophie derrière chacun des modèles organisationnels et qui en était l'instigateur; les évaluations et les enjeux futurs de chacun des modèles organisationnels. Les entretiens furent non directifs, la recherche fut qualitative, inductive, interprétative et comparative. Il n'y avait pas de groupe contrôle.

Une entrevue durait entre une heure et une heure trente. L'entrevue était semi-formelle. Chaque entrevue fut réalisée dans les locaux de l'organisation-sujet. Nous nous sommes

donc déplacée dans les trois régions afin de voir, écouter, "sentir" et lire. Les entrevues furent enregistrées et étaient réalisées sur une base individuelle. La seule exception à cette règle s'est produite lorsque deux personnes ont désiré, à cause d'horaires de travail chargés, répondre conjointement aux questions. Nous ne recommandons pas ce genre de situation, car il se produit des dialogues simultanés. Toutefois, nous avons réussi à obtenir des locaux isolés pour chaque entrevue.

Nous avons également pris des notes écrites afin de faciliter notre écoute lors de la transcription. Ces notes se sont avérées fort utiles.

Une embûche non planifiée fut la disponibilité des interviewés. En effet, notre recherche-terrain tomba durant une période d'intense activité. Les Régies étaient en période d'ajustement et devaient assurer l'application de la nouvelle loi 120. Les C.L.S.C. étaient en pleine période de vaccination anti-méningite et la centrale de Québec avait amorcé ses démarches de transfert vers un C.L.S.C. Au départ, nous avons cru possible de réaliser toutes les entrevues sur une période de 6 semaines. La réalité s'avéra être trois mois. Nous avons parcouru beaucoup de distance pour arriver à finaliser et coordonner nos visites.

Lorsque toutes les entrevues furent exécutées, la transcription des cassettes fut effectuée. En tout et pour tout, nous avons dû retranscrire un peu plus de quatre cents pages de dialogue.

À partir des textes d'entrevue, nous avons mis en surbrillance chaque phrase, partie de phrase ou paragraphe pouvant identifier les rôles des acteurs, les jeux d'influence, les attitudes/perceptions des groupes, les stratégies, les incertitudes, les flux de contrôle, les détenteurs de pouvoir. Chaque partie de texte jugée pertinente à notre recherche devait porter sur des perceptions, des attitudes, des comportements, le climat social dans le système, des évaluations.

Des mots-clé identifiaient, en marge des texte, les thèmes suivants: soit les établissements (Régie, Centre hospitalière, CLSC), les champs professionnels (personnel infirmier, médecins, administrateurs), l'historique, les phases du service ou les indicateurs (ressources financières, mission). Lorsque tous les textes furent identifiés par thèmes, le document "Le budget, le jeu derrière la structure" de Bégin, Labelle et Bouchard (1987) nous a inspiré. Ces trois auteurs avaient utilisé le cadre conceptuel de Crozier et Friedberg et l'avaient mis en application.

Le canevas de travail était tracé. En se basant sur leur structure, adapté à notre contexte, nous avons repris chaque thème et avons associé les citations thématiques aux enjeux, aux stratégies de chaque catégories d'établissements ainsi qu'aux acteurs s'activant dans ces établissements.

Nous avons fait une sélection parmi les citations et avons conservé les plus descriptives. Aux citations, nous avons ajouté de la verbatine explicative devant préciser davantage les enjeux, les rôles, les stratégies, les perceptions, les comportements des acteurs.

Quant aux informations devant soutenir le raisonnement systémique, nous avons, grâce aux textes d'entrevues, analysé les éléments provenant du système ayant fait pression sur l'organisation. Chaque organisation Info-Santé avait dû s'adapter pour survivre. Il suffisait d'identifier les éléments ayant "coloré" l'organisation au cours de son évolution. Une bonne connaissance du contexte fut suffisante pour identifier les particularités du système.

Afin de démystifier les dimensions formelles de l'organisation, nous avons examiné les organigrammes, les tâches des personnes agissant à des niveaux stratégiques reliés aux modèles, les niveaux d'autorité, de responsabilité.

Après une récolte de ces informations, nous avons pu vérifier si les relations de pouvoir identifiées et les jeux d'influences relevés (l'informel) soutenaient des stratégies qui se sont répétées dans les trois organisations. En décrivant les systèmes d'action concrets précédant l'implantation du service Info-Santé et les systèmes d'action concrets depuis l'implantation d'Info-Santé, nous avons remarqué que certains changements produits dans les trois systèmes d'action concrets étaient les mêmes d'une organisation à l'autre. En analysant ces changements, nous avons dégagé les similitudes. Sont apparus les systèmes d'action concrets du début et d'aujourd'hui ainsi que les règles soutenant ces systèmes d'action concrets.

Il y a toutefois un angle du processus d'analyse recommandé par Crozier et Friedberg (1977) que nous n'avons pas utilisé, préférant baser nos analyses des systèmes d'action concrets sur les jeux, les acteurs, les stratégies et le pouvoir. En effet, nous n'avons pas, tel que recommandé, relevé le degré de fragmentation et de cloisonnement des organisations, ni les modes de communication dominants, ni le degré de structuration des jeux, ni les limites du système quant à son entrecroisement avec d'autres systèmes d'action concrets.

Notre étude ne portant que sur trois modèles organisationnels, nous n'avons pas jugé utile de pousser l'analyse et d'inclure ces éléments. L'étude basée sur la mise en parallèle de trois modèles organisationnels différents s'est avérée assez riche pour faire ressortir le système d'action concret du réseau avant la venue d'Info-Santé et après la venue d'Info-Santé. La mise en parallèle des jeux organisationnels, l'identification des acteurs pertinents ainsi que des détenteurs de certains pouvoirs ont été suffisantes pour faire ressortir les changements survenus dans certaines règles soutenant les systèmes d'action concrets des trois régions ainsi que le système d'action concret global, soit le système d'action concret du réseau.

Validation interne et validation externe

La validation interne fut réalisée car nous croyons avoir identifié tous les éléments ayant contribué aux transformations du système d'action concret de chacune des trois organisations. Nous avons une excellente connaissance du service Info-Santé et l'avons analysé au préalable sous l'angle opérationnel (Giquère-Nadeau, 1992) en plus de l'angle socio-organisationnel dans le cadre de la recherche actuelle. Nous ne croyons pas avoir omis par erreur ou ignorance des éléments qui auraient pu modifier ou altérer les résultats de l'analyse des trois systèmes d'action concrets.

La validation externe fut réalisée car dans les trois organisations, les discours tenus convergent vers la description d'une situation identique.

Limites, avantages et inconvénients

Une constatation assez particulière, non planifiée, nous apparut lorsque nous avons débuté l'analyse des trois systèmes d'action concrets. Les conclusions de notre recherche impliquent l'enrichissement des tâches d'un champ professionnel (personnel infirmier) par rapport à un autre champ professionnel (médecins). Or, tous les discours que nous avons recueillis, tous les choix d'interviewés que nous avons fait ne furent jamais basés sur la nature du champ professionnel de l'interviewé mais plutôt sur son pouvoir décisionnel.

Les acteurs des trois organisations dont les enjeux se sont avérés cruciaux furent les médecins et les infirmiers(ères). Notre critère de sélection des interviewés étant le pouvoir décisionnel alors que les enjeux se sont déroulés au niveau des champs professionnels. Si nous n'avons pas interviewés de médecins c'est qu'ils ne nous sont pas apparus comme acteurs décisionnels. Il en était de même pour le personnel infirmier: même si trois de nos interviewés sont des infirmiers(ères), cette situation est purement conjoncturelle. Le choix de ces trois interviewés fut dicté

par leur niveau décisionnel et non à cause de leur champ professionnel. Nous ne recherchions pas des médecins ou des infirmières mais bien des gestionnaires.

Quant au biais de l'analyste, nous ne croyons pas que le fait de connaître antécédemment le sujet ait influencé nos conclusions, notre perception. En fait, la première recherche n'a pas influencé les conclusions de la deuxième mais plutôt, la deuxième recherche a bonifié la première recherche.

III

LE SYSTEME D'ACTION CONCRET
INFO-SANTE - QUEBEC METROPOLITAIN

3. Le système d'action concret - Info-Santé - Québec métropolitain

3.1 Historique

Deux grands événements ont eu lieu à Québec lors de l'été 1984: Les Grands Voiliers en juin et la venue du Pape en septembre. Puisque ces événements étaient d'envergure internationale, il devenait impératif de mettre en place certaines structures visant à faciliter le déroulement des activités.

Le ministère de la Santé et des Services Sociaux²⁶ mandata le Conseil régional de la santé et des services sociaux de Québec pour concevoir un système pouvant fournir adéquatement une "réponse-santé" à toute personne habitant ou résidant dans le Québec métropolitain (touristes, délégations officielles, équipages, population en général) durant ces activités. De plus, le modèle devait être exportable aux autres villes retenues comme hôtesse lors du séjour du Pape. Ces villes étaient Hull, Montréal et Trois-Rivières.

L'objectif était d'instaurer un organisme devant "connaître et contrôler en tout temps, la destination des

²⁶Le ministère de la Santé et des Services Sociaux est également identifié par "Le ministère" ou "MSSS".

transports ambulanciers dans l'agglomération urbaine de Québec"²⁷. Ainsi est née la Centrale de coordination des urgences (CCU). Un modèle d'organisation créant des unités de premiers soins sur les sites majeurs fut conçu. Les concepteurs décidèrent d'innover en localisant d'autres unités mobiles sur des sites moins importants et à des endroits flexibles. Finalement, la CCU était en lien avec les services policiers, la garde côtière, l'armée, les différents établissements et responsables des événements.

Au cours de ce processus de conceptualisation, il devint évident que les ressources socio-sanitaires étaient inconnues des intervenants, des touristes. Ainsi fut créé Info-Santé. Cet organisme devait essentiellement référer les bénéficiaires vers les ressources appropriées et leur faciliter l'accès à certains services de base tels: trouver une pharmacie à 02h00 ou un dentiste à 03h00 du matin. Info-Santé devait favoriser un étalement des bénéficiaires d'urgence médicale en référant les citoyens aux endroits les plus appropriés et par conséquent, diminuer l'engorgement des salles d'urgence des hôpitaux. Cette dernière préoccupation existait déjà depuis quelques années.

*L'objectif visé était d'offrir aux visiteurs
l'accessibilité aux ressources socio-sanitaires de*

²⁷Rapport annuel - Conseil régional de la santé et des services sociaux de la région de Québec (03), 1989-1990

la région. Et pour faciliter cette accessibilité-là, on avait dit: on va mettre sur pied un service téléphonique où ils vont avoir juste à appeler s'ils ont besoin de consulter soit un médecin, un dentiste, un physiothérapeute, n'importe quoi. Ce sera simple de leur dire, du lieu où ils sont, où ils peuvent se rendre. (K)

Un numéro de téléphone unique fut donc publicisé dans toute la population par l'entremise des journaux, hôtels, restaurants, etc. La banque de ressources fut montée et les protocoles d'entente entre les parties concernées furent signés. Une organisation à deux missions était née: Info-Santé/CCU. Leur mission était ponctuelle.

A la surprise générale, l'achalandage à Info-Santé était différent de celui qu'on avait anticipé. Les appels provenaient principalement des résidents qui utilisaient le service comme étant un guide i.e. que les résidents, sachant que leur interlocuteur Info-Santé était une infirmière, désiraient obtenir des renseignements visant à les guider face aux actions à prendre en cas de telle maladie, tel malaise. L'objectif de départ était la référence soit un service visant à indiquer aux résidents les endroits offrant tel service, les centres hospitaliers les moins engorgés, etc.

Le service était perçu comme étant un guide. Si les résidents appelaient beaucoup, c'est qu'il y avait besoin. (C)

Devant le volume croissant des appels téléphoniques, le CRSSS demanda au ministère de continuer le projet-pilote afin de mieux évaluer ses impacts.

Le taux de fréquentation fut tel qu'il devient impératif de normaliser, uniformiser, structurer les réponses téléphoniques. Grâce à une analyse des problèmes les plus fréquents, des sous-groupes d'infirmières, accompagnées d'un médecin agissant à titre de conseiller médical, ont commencé le montage de quelque 600 "protocoles nursing" facilitant le "diagnostic nursing".

Au début, les médecins de la région se sont objectés à cette forme de diagnostic téléphonique. Le litige principal reposait sur une question de juridiction professionnelle. Est-ce que le diagnostic téléphonique pouvait être rendu par des infirmières? N'était-ce pas de la juridiction des médecins?

Les infirmières ont vite fait la preuve que les diagnostics téléphoniques rendus étaient de "nature nursing" et non médicale. Le concept fut finalement accepté. Les établissements du réseau ainsi que plusieurs cliniques privées ont rapidement réalisé son utilité. Les appels acheminés aux hôpitaux étaient dirigés vers le service Info-Santé, libérant le personnel des urgences. Quant aux cliniques privées,

l'accès des bénéficiaires à un service santé hors des heures régulières d'ouverture était favorisé et ce, sans coût additionnel.

L'achalandage n'a cessé de croître au fil des années. Le nombre d'infirmières répondantes est passé de une, par horaire de travail, à un total de 62 (incluant la CCU) couvrant "24/7" et ce, en l'espace de huit ans. Le nombre d'appels hebdomadaires est passé de 20 à 600.

En 1987, le ministère mandate Info-Santé d'instaurer un service provincial Info-MTS/Info-Sida. En 1989 s'ajouta deux volets: a) Télésurveillance permettant à une clientèle de "maintien à domicile", référée par les CLSC, d'avoir accès à une infirmière 24/7 ainsi que b) Système d'alerte et de coordination des urgences en santé publique.

Aujourd'hui, le concept Info-Santé s'est répandu dans plusieurs régions du Québec, les "fiches/protocoles nursing" ont largement faites leurs preuves et la réforme a bonifié le principe de l'"accessibilité 24/7" en recommandant l'implantation d'une centrale d'information téléphonique "accessible 24/7" à toute la population de toutes les régions.

Il y a près d'un an, la CCU se fusionna avec les compagnies ambulancières et fut logée, à titre de projet-

pilote, avec la centrale des policiers et pompiers. Le projet fut un succès. Il y a centrale unifiée. La CCU et Info-Santé sont dissociés.

Info-Santé, le 1er octobre 1993, fut transférée au CLSC de Haute-Ville. Info-Santé, service de première ligne, ira rejoindre le réseau des établissements de première ligne (C.L.S.C.).

Lorsque le service Info-Santé fut implanté en 1984, personne n'avait prévu que le service existerait plus que quelques mois. Il ne semblait pas pertinent d'effectuer des études visant à évaluer les effets de l'implantation de ce service "ponctuel". Donc, aucune étude ne fut réalisée. Il n'existe pas de données scientifiques pouvant mesurer l'impact de ce service établi dans la région du Québec métropolitain.

Les seules informations que nous possédons, en ce qui concerne l'impact de l'implantation du service Info-Santé, furent récoltées grâce à des appels téléphoniques que nous avons placés chez des administrateurs de départements d'urgence des principaux centres hospitaliers de la région du Québec métropolitain. Tous furent unanimes à dire que la venue du service Info-Santé avait libéré le personnel infirmier des départements d'urgence car le nombre d'appels téléphoniques à caractère non-urgents avaient diminué.

FIGURE 2
**LES ACTEURS GRAVITANT AUTOUR DE LA STRUCTURE
 INFO-SANTÉ**

Niveau	Etablissements	Acteurs	Champs straté- giques
Central Provincial	-MSSS -Fédération des CLSC -CLSC du Québec -Corporation des médecins	-Ministre -Président -D.G. -Personnel -Médecins	politique adminis- tratif
Régional	-Régie -Etablissements: CH CLSC -Cliniques privées	-Gestionnaires -Comités spéci- fiques -Urgentologues -Infirmières de l'urgence -D.G. -D.G. -Directeurs -Tables/comités -Personnel -Médecins de famille -Infirmières	adminis- tratif producteur de services
Local	-Organisme Info- Santé -Organismes partenaires (CCU/CLSC de Hull /CLSC Les Forges)	-Coordonnateur -Infirmières -D.G. -Directeurs -Personnel	Adminis- t r a t i f Producteur de services

3.2 Jeux des acteurs & leurs enjeux

Cette partie traitera des perceptions, attitudes et comportements des acteurs impliqués dans l'action collective qui a donné naissance à Info-Santé du Québec métropolitain. Nous avons retenu les commentaires du personnel de niveau provincial, régional et local. Afin de protéger leur confidentialité et anonymat, les interviewés sont identifiés par des lettres allant de A à N inclus. Ces lettres précisent les différents niveaux décisionnels des interviewés ainsi que les catégories d'établissements auxquels ils sont rattachés (Voir annexe 1).

3.2.1 Jeux/Enjeux au palier provincial/central

Jeux/Enjeux du ministère de la Santé et des Services sociaux:

Le ministère a mandaté une organisation, entre autres, la Régie de Québec, pour instaurer un système devant niveler l'achalandage d'urgences lors de deux événements internationaux. Le Québec devait faire bonne figure vis-à-vis du reste du monde. Le système de la santé au Québec et au Canada possède déjà une excellente réputation. Il devenait particulièrement important de maintenir cette image de marque. Donc, tout devait bien se dérouler.

Voyant le succès incontesté d'Info-Santé/CCU, le MSSS a dû assigner des ressources financières supplémentaires afin de couvrir les frais engendrés par le surplus de personnel nécessaire pour répondre à la demande d'appels téléphoniques. Les budgets avaient été planifiés pour une période donnée mais il n'y avait rien de négocié, au Conseil du Trésor, afin de continuer à soutenir ce projet-pilote. Puisque les ressources financières n'étaient pas dégagées, du moins de façon permanente, on peut penser que l'attribution de statut de projet-pilote, à une organisation nouvellement créée, demeure une bonne stratégie pour faciliter les expérimentations organisationnelles dans le réseau.

Chaque allocation supplémentaire de ressources donnait plus de légitimité à cette organisation. Dans une période de restrictions budgétaires, il n'était certainement pas indiqué de donner naissance à une nouvelle structure. Le ministère laissait aller les choses afin de voir les résultats de l'implantation de ce nouveau service.

À cause de tous ces enjeux, le MSSS tardait à reconnaître Info-Santé comme étant une entité permanente. Le MSSS tardait à assurer une permanence budgétaire appropriée à Info-Santé. Le temps devait valider ou invalider le concept. Le temps devait faciliter la preuve de l'utilité de ce concept pour le ministère. En effet, le MSSS avait certaines attentes face à

Info-Santé. Il désirait avoir un meilleur aperçu des frais encourus pour assurer le fonctionnement d'une telle structure. Le ministère, après quelques années, a vu, en cette organisation, un excellent moyen pour consolider le réseau des CLSC et les aider à jouer leur rôle d'organisme de services de première ligne.

Jeux/Enjeux de la Corporation des médecins:

Le service de diagnostic de santé, effectué par voie téléphonique, a quelque peu indisposé le corps médical. Un précédent était en train de se créer et il fallait protéger les champs professionnels; c'est pourquoi les médecins²⁸, membres de la Corporation des médecins, devaient suivre de près l'opérationnalisation du concept Info-Santé.

Ça n'a pas fait l'unanimité au plan médical. (D)

Il y a des médecins aussi qui ont beaucoup questionné le service et qui ont voulu remettre cela en question et ils l'ont testé et c'est un peu pour cela qu'il y avait un médecin-conseiller au début. (K)

Dieu sait que les médecins ont critiqué. (D)

²⁸ Il est important de noter que ce ne sont pas tous les médecins qui avaient pris cette position. Certains, dès le départ, étaient ouverts à un tel système.

Jeux/Enjeux de la Fédération des CLSC:

Depuis la création des CLSC, leur mandat est de première ligne. Toutefois, il semble que leur rôle est demeuré confus et que l'éventail des services offerts était très varié ce qui n'ajoutait rien à leur crédibilité et à leur consolidation.

Le rapport Brunet en parle en ces termes:

On peut dire des services dispensés par l'ensemble des CLSC, qu'ils se caractérisent par leur nombre élevé et leur diversité: diversité de secteurs touchés, de clientèles, de problématiques. (Rapport du comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les CLSC, 1987, p. 27)

Les critiques dont les CLSC étaient l'objet ont contribué à créer de l'hésitation chez les ministres des Affaires sociales, lesquelles hésitations ont renforcé le sentiment de suspicion dans la population et chez les administrateurs d'autres établissements. De même le tâtonnement qui a caractérisé les activités des premiers CLSC a suscité des questions et des critiques qui ont amené les ministres à surseoir temporairement à leurs projets de développement, et ainsi de suite. (Rapport du comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les CLSC 1987, p. 14-15)

Plusieurs ont tenu un discours semblable à ces commentaires émis par un administrateur du réseau de la santé et des services sociaux:

Le mandat initial des CLSC, il y a 20 ans, quand ils ont été nommés centres locaux de services communautaires, on leur avait donné la mission de première ligne. Ils n'en n'ont jamais profité. Ils ont eu la réputation de ne pas avoir réagi à leur mission officielle. (K)

Au dire d'un représentant de la Fédération, deux éléments ont déclenché ce réveil, ce besoin de consolider leur position d'établissement de première ligne:

Le rapport Brunet, c'était une étape nécessaire. La vision du rapport était de faire un compromis pour ne pas éliminer les CLSC de la carte. Un autre élément déclencheur fut le rapport De Coster (1990) qui relate les événements de la Polytechnique à Montréal en décembre 89. (B)

À l'article 80 de la loi 120, les CLSC sont définis comme établissements de première ligne. La réforme recommande l'implantation d'une centrale téléphonique favorisant l'accessibilité au réseau dans les établissements de première ligne. La Fédération y a vu un excellent moyen de consolider sa position à l'intérieur du réseau.

Pour la Fédération des CLSC, Info-Santé collait comme service-modalité accessibilité. Info-Santé est le billet stratégique pour Accessibilité des CLSC. (B)

Pour la Fédération des CLSC, Info-Santé est le service permettant l'accessibilité tel que prôné dans le rapport Brunet ainsi que dans la loi 120. Afin de préciser sa position, la Fédération a produit un document sur l'accessibilité et l'a diffusé à travers tous les CLSC. Le jeu consistait à uniformiser, à mettre sur le même diapason, tous les CLSC du Québec.

Info-Santé de la région métropolitaine de Québec fut jusqu'à tout récemment, sous la direction de la Régie de Québec. Info-Santé de la région métropolitaine de Montréal était, jusqu'au début de 1993, une corporation indépendante unie avec Urgences-Santé. L'enjeu, pour la Fédération, était de s'assurer que ces deux structures soient transférées à des directions de CLSC; ce qui s'est produit. Ils en parlent en ces termes: "*En gagnant Montréal, c'est ça qui nous a fait gagner Québec.*" (B) En obtenant le transfert d'Info-Santé de la région métropolitaine de Montréal dans un CLSC, la Fédération des CLSC a pu obtenir le transfert d'Info-Santé de la région métropolitaine de Québec dans un CLSC.

Jeux/Enjeux des CLSC du Québec provincial:

Premièrement, il est important de mentionner que ce ne sont pas tous les CLSC qui sont enchantés de voir le volet accessibilité prendre une si grande importance dans leur réseau.

Certains CLCS veulent Info-Santé, d'autres non. Les raisons en sont les suivantes: manque d'argent ou nécessité de faire une réallocation des ressources, une certaine résistance à augmenter les heures d'ouverture. La culture est la plus difficile à changer. (B)

Les CLSC du Québec furent longtemps critiqués à cause de l'éventail varié de services offerts entre CLSC. Ils furent

également critiqués à cause de leur manque d'accessibilité. À maintes reprises, différents ministres ont remis en question l'existence même des CLSC dû à leur manque d'accessibilité, leur manque d'uniformité. Les établissements autres que les CLSC ne demandaient pas mieux que de voir ces derniers offrir des services à l'intérieur d'une plage horaire reflétant mieux les périodes d'intenses activités humaines. En obtenant des CLSC une couverture améliorée de services de santé et de services sociaux, le nombre de bénéficiaires se présentant aux autres établissements ne pouvait que diminuer.

En effet, la majorité des CLSC n'étaient ouverts que de 8h30 à 16h00 réduisant considérablement leur accessibilité à la population. Etant les seuls organismes présents dans tous les territoires d'une région, ces éléments n'amélioreraient en rien leur position vis-à-vis le MSSS. Leur survie fut véritablement remise en question, assez pour que le ministère commande une étude sur leur rôle au sein du réseau de la santé; d'où le rapport Brunet. Ce rapport prônait une plus grande accessibilité de la part des CLSC et des services de base communs.

Le projet Info-Santé répond à ces deux objectifs: uniformité et accessibilité. Il devenait donc important pour eux de s'unir, de s'accaparer le nouveau service et de consolider le réseau CLSC.

3.2.2 Jeux/Enjeux au palier régional

Jeux/Enjeux du CRSSS de Québec:

Le CRSSS de Québec a le mandat et la responsabilité d'Info-Santé. Cependant, les budgets ont été accrédités pour une période donnée. A chaque année et à chaque fois qu'une addition de ressource humaine est requise, des négociations sont entamées.

Les budgets étaient tellement minimes, les services ont toujours été, les premières années, déficitaires. (K)

On a commencé par une (infirmière), puis deux, puis trois mais ce fut toujours par négociation. Une, deux, trois, ce ne fut pas d'emblée. (K)

Lorsqu'il fut décidé par le ministère de prolonger l'expérience d'Info-Santé pour une période indéfinie, le CRSSS fut mis à la direction d'un tout nouveau service dont le besoin émanait de la population. Normalement, il n'est pas habituel qu'un CRSSS dispense des services; le CRSSS demeurant un appareil administratif et non producteur de services.

Il n'y a rien dans la loi, même la loi actuelle, qui empêche une Régie de donner des services directs à la population. C'est juste que la Régie se sent mal à l'aise d'être directement juge et partie. Mais il n'y a pas de raisons qui les empêcheraient de le faire. Ici, l'avocat a validé cela. (K)

Donc, normalement, un CRSSS n'est pas producteur de services. Toutefois, le ministère en décida autrement. Les raisons étaient bien simples. La localisation d'Info-Santé, l'organisation chapeautant Info-Santé, tout cela avait bien peu d'importance puisque le projet ne devait vivre que durant une période de temps bien déterminée. De plus, donner ce mandat à un établissement en particulier aurait créé certaines inégalités entre établissements. Pourquoi favoriser un établissement plutôt qu'un autre?

Est-ce parce que Québec était près du ministère? J'avoue que je l'ignore. C'était une décision politique dont j'ignore les à-côtés. (D)

On avait donné le mandat au Conseil régional du temps, de faire cela (gérer Info-Santé), de mettre en place ça. Je pense qu'on a voulu mettre cela à proximité compte tenu que c'était géré par le Conseil régional... Si le ministère avait voulu donner cela à un établissement, il l'aurait fait. (D)

Ensuite, les personnes expérimentées pour mener à bien un tel projet étaient localisées au CRSSS et les acteurs ayant à jouer un rôle décisionnel dans le scénario global de sécurité et de santé publique occupaient des postes au CRSSS. "Les Conseils régionaux sont des acteurs intermédiaires, sous la responsabilité du ministère qui leur délègue des responsabilités de gestion et de coordination" (Demers et Bégin, 1990, p.382), le MSSS pouvaient ainsi mieux conserver le contrôle sur le déroulement des activités, leurs coûts,

etc. En interpellant directement le CRSSS pour accomplir de telles fonctions, il n'y avait plus d'intermédiaire entre les volontés du ministère et les décisions des exécutants. Il faut se rappeler que les deux événements étaient d'envergure internationale.

Jeux/Enjeux des établissements publics/leur personnel:

Les établissements principalement touchés sont les centres hospitaliers et les CLSC. Les urgences des centres hospitaliers bénéficiaient de ce service de réponse, libérant ainsi le personnel des urgences des nombreux appels qu'ils recevaient dans le passé sans qu'il leur en coûte un sous.

Ce sont les établissements, les administrateurs d'établissements qui ont dit: Vous ne pouvez plus toucher à cela. Ça diminue nos appels dans les urgences. Et les urgences se sont mises à référer les gens à Info-Santé. (K)

Quant aux CLSC, au début, le concept Info-Santé ne les intéressait pas. Ce n'est qu'en 1987, lors de la sortie du rapport Brunet qu'ils ont commencé à s'intéresser au concept. Tranquillement, les acteurs ont compris que l'intégration de la nouvelle organisation, au sein de leur réseau, était bénéfique quant à leurs objectifs personnels aussi bien que ceux de l'organisation.

L'organisation Info-Santé pouvait consolider le réseau des CLSC et améliorer leur accessibilité aux populations. Info-Santé était un moyen permettant aux CLSC de s'affirmer comme organismes de première ligne. En améliorant le rôle des CLSC, le rôle des acteurs était amélioré et leurs pouvoirs/responsabilités accrus.

La Régie s'est retrouvée sur les bras avec (Info-Santé). Au début, les CLSC, ça ne les intéressait pas. Les hôpitaux non plus. (K)

On a commencé à s'intéresser à Info-Santé, les CLSC, en 1987. (K)

Dans les hôpitaux, les enjeux étaient différents selon les acteurs. Ainsi, les médecins y voyaient une menace possible au contrôle professionnel de leurs activités. Par contre, du côté des administrateurs et des infirmières des départements d'urgence, le personnel pouvait enfin vaquer aux occupations d'urgence.

Pour le corps médical, c'était du vol de clientèle. Ils (les médecins) ont évoqué que les infirmières n'avaient pas la compétence, le know-how. (C)

Quant aux CLSC, administrateurs et personnel avaient tout à gagner en commençant par la consolidation de leurs structures et l'enrichissement des tâches en nursing. Toutefois, au début, ce n'était pas évident pour eux.

Jeux/Enjeux des établissements privés/leur personnel:

Les médecins ayant des cliniques privées, des cabinets privés, se rendirent vite compte de l'apport intéressant d'Info-Santé. Au début, comme plusieurs confrères des établissements, ils étaient un peu sceptiques par rapport au transfert de certaines tâches de diagnostic. Toutefois, ils se sont ralliés, après quelques tests effectués, au concept, car ce dernier leur permettait une plus grande liberté sans addition de coût.

3.2.3 Jeux/Enjeux au palier local

Jeux/Enjeux d'Info-Santé:

A titre d'acteur collectif (J.D. Reynaud, 1989, p. 74) Info-Santé avait une forte volonté de vivre. Et la première façon de persister résidait en l'acquisition de budgets appropriés et récurrents. A ce titre, Info-Santé eut maintes fois à entamer des négociations, avec le ministère, afin d'assurer chaque année d'existence et de croissance. Lorsqu'il y avait ajout de services supplémentaires comme "télésurveillance" ou Info-MTS, il n'y avait pas de budgets additionnels alloués.

Le ministère se cherchait un endroit pour que ça ne coûte pas trop cher. On était le seul service au

Québec, relié au réseau 24 heures par jour, 7 jours pas semaine, et qui assurait une réponse téléphonique. (K)

Le MSSS était conscient du potentiel d'expérience. C'était 24/7, fallait rentabiliser. (C)

Quand Info-MTS a été mis, à l'automne 87, c'est sans ajout de ressource, avec un volet provincial. Quand télésurveillance a été mis en 89, c'était sans ajout des ressources. (K)

En ce qui concerne les autres Info-Santé à travers le Québec, que ce soit afin de partager les connaissances et expertises ou afin de valider les outils, les communications ont toujours été très ouvertes. L'important pour l'organisation Info-Santé était de s'associer et de répandre le concept.

On a des connections à travers la province pour obtenir de l'information. (K)

On s'est toujours soucié d'établir des contacts avec les services similaires dans la province. (K)

Le personnel infirmier a joué un grand rôle dans la conception des outils et dans la philosophie d'Info-Santé. En effet, en créant une distinction entre le diagnostic médical (prodigué par des médecins) et le diagnostic nursing (prodigué par du personnel infirmier et circonscrit par les limites du champ professionnel infirmier), la profession infirmière a réalisé un gain intéressant et profité d'une occasion inespérée d'élargir leur champ professionnel.

Elle (l'infirmière d'Info-Santé) ne touche pas du tout le diagnostic médical parce que c'est quelque chose de tout à fait différent. C'est des infirmières, c'est un champ exclusif professionnel, on n'a pas à se faire valider par un médecin. C'est une profession autonome alors on a décidé de ne plus avoir recours à un médecin pour valider nos protocoles. (K)

Même si le "diagnostic" effectué est de type nursing, il n'en demeure pas moins que le "diagnostic"²⁹ faisait partie du champ exclusif des médecins depuis longtemps. Toutefois, nous aimerions rappeler au lecteur que ce sont des infirmières qui, jusqu'au début des années 50, effectuaient plusieurs des tâches réservées exclusivement aux médecins. Rappelons-nous ces infirmières qui ont agi à titre de médecin, gynécologue, dentiste etc. lors de la colonisation de notre pays.

Quand on définit l'acte infirmier, le travail avec le médecin, ce n'est qu'une petite partie: l'ordonnance médicale. L'infirmière a une autonomie là; c'est tout elle qui a à identifier les besoins de santé, prodiguer les soins que requièrent la promotion, la prévention, le traitement et la réadaptation, participer au diagnostic. L'infirmière peut décider de faire faire des examens de laboratoire si elle veut diagnostiquer quelque chose.... L'infirmière doit être assez vigilante pour décider le moment opportun où ça sort de son champ de travail. (K)

²⁹Dans cette phrase, le terme diagnostic réfère au diagnostic médical qui, jusqu'à ce qu'il y ait distinction entre diagnostic médical (circonscriit par les limites du champ professionnel des médecins) et diagnostic nursing (circonscriit par les limites du champ professionnel des infirmiers(ères) était exclusif au champ professionnel des médecins.

Il est donc très important de réaliser que tous ces enjeux vont inciter les acteurs à utiliser certaines stratégies afin de combler leurs incertitudes et protéger leurs pouvoirs. Ces enjeux ne sont qu'une partie constituant le système d'action concret d'Info-Santé du Québec métropolitain. Nous verrons, au point suivant, le raisonnement systémique, raisonnement qui sous-tend les pressions du système sur l'organisation Info-Santé.

3.3 Raisonnement systémique

Le raisonnement systémique repose sur une approche analytique différente du raisonnement stratégique. En effet, c'est en analysant le système, dans sa globalité, et en analysant Info-Santé comme étant un élément d'un plus grand système, qu'on parvient à envisager l'organisation Info-Santé sous un nouvel angle. L'analyse systémique consiste à identifier quels sont les éléments qui ont conditionné les relations existantes à l'intérieur du système d'action concret d'Info-Santé et ont possiblement affecté le scénario organisationnel final.

Cette vision de l'organisation, combinée aux enjeux des acteurs, facilitera les explications entourant le raisonnement stratégique que nous verrons un peu plus tard dans ce chapitre. Toutefois, voici maintenant les éléments qui, selon

nous, ont conditionné le système d'action concret d'Info-santé du Québec métropolitain et affecté les scénarios possibles.

3.3.1. Info-Santé, projet-pilote

Une des caractéristiques qui a considérablement marqué Info-Santé est la précarité de sa destinée. Malgré un mandat ponctuel, une durée prescrite, Info-Santé a su s'imposer pour rester. Cette volonté de demeurer, cette foi qui a animé les administrateurs lors des négociations de renouvellement du mandat et des budgets; cette persévérance du personnel qui, pas à pas, a conceptualisé des outils d'intervention, des "protocoles nursing", aujourd'hui reconnus à travers tout le Québec tant pour leur pertinence que pour leur crédibilité. Cette foi, cette persévérance ont soutenu la naissance de cette organisation. Les acteurs y avaient intérêt c'est certain mais on ressent tout de même l'esprit entrepreneurial qui les a guidé.

Moins de 10 ans plus tard, la promotion d'Info-Santé est effectuée par le gouvernement, par les corporations médicales, par les fédérations d'établissements, par les établissements. Info-Santé a su résister à une réforme du réseau, des compressions budgétaires et une récession économique. Il a dû exceller pour demeurer.

3.3.2. Centrale de coordination des urgences (CCU)

Info-Santé faisait partie d'une organisation à deux missions: la référence et celle de la CCU reliée à l'urgence. Cette association a eu des impacts majeurs tout au long de l'existence d'Info-Santé. En effet, Info-Santé fut et est encore, par certains, associée à un contexte d'urgence.

La compréhension du concept, par la population en général, reposait sur ces prémisses: Info-Santé est un guide qui nous évite de se rendre à l'urgence de l'hôpital. Une urgence d'hôpital traite les cas de façon urgente (par opposition à l'objectif d'une urgence: traitement de cas urgents et critiques). Et puisqu'Info-Santé nous évite d'aller à l'urgence de l'hôpital, Info-santé devrait traiter les appels de façon urgente. Ainsi, la population associa Info-Santé à un contexte d'urgence.

Egalement, le numéro de téléphone d'Info-Santé se retrouve, dans l'annuaire téléphonique, à la deuxième page, sous la rubrique "Appels d'urgence". Le critère principal, pour loger le numéro d'un organisme à cet endroit, repose sur l'"accessibilité 24/7" de l'organisme et le service offert doit être de santé publique. Ainsi, Aide-morale , Recherche et Sauvetage aérien et Info-Santé se retrouvent avec les autres numéros dits d'urgence.

Finalement, Info-Santé, intimement liée, jusqu'à tout récemment, à la centrale de coordination des urgences ambulancières (CCU), a toujours fait partie et participé aux activités d'intervention d'urgence du Québec métropolitain appelé Plan d'intervention auprès des blessés en cas de sinistre (PIABS).

La majorité des plaintes (il y en a 600 par année), sont reliées au long temps d'attente; parfois jusqu'à 30 minutes durant les heures de pointe. Les commentaires d'une cliente d'Info-Santé décrivent bien sa perception du service (qui en réalité est non-urgent): *"Toute la journée d'hier, j'ai tenté de parler à une infirmière d'Info-Santé mais sans succès. J'ai eu le temps de mourir 10 fois."*³⁰

3.3.3. Le CRSSS, producteur de services

Un Conseil régional ayant pour mandat de rendre un service n'est certainement pas chose courante. Le choix du CRSSS comme établissement chapeautant le service Info-Santé n'entraîne pas en conflit avec les politiques habituelles du réseau de la santé car Info-Santé n'était, au départ, qu'un projet temporaire ayant une durée de vie circonscrite.

³⁰Le Soleil, Flash - Le temps de mourir 10 fois, 17 février 1992, page B-16

Toutefois, le CRSSS s'est tout de même ramassée avec un service pour lequel le strict minimum de ressources était alloué, pour lequel le déficit annuel était constant chaque année, pour lequel d'interminables négociations devaient être menées ne fut-ce que pour couvrir les coûts requis les années précédentes.

L'organisation Info-Santé désirait survivre sauf que personne ne voulait assumer les frais encourus. Le service Info-Santé ne pouvait être annulé car le taux d'achalandage était déjà important, ce service libérait les autres établissements en divulguant de l'information à leur place, en répondant aux problèmes non-urgents évitant ainsi des déplacements vers les urgences des centres hospitaliers, etc. Le CRSSS qui normalement ne produit pas de services se ramassait à produire un service qui ne voulait pas mourrir. Le CRSSS était placée dans une situation bi-partite embarrassante. Comment le CRSSS obtenait-il des budgets attribués à Info-Santé alors qu'un autre problème régional, retenu comme priorité, ne recevait pas les sommes jugées nécessaires?

3.4. Raisonnement stratégique

Nous avons présenté le discours des acteurs, mis à jour leurs enjeux et énuméré les éléments les plus susceptibles

d'influencer les acteurs dans leurs actions, dans leurs jeux. Ces analyses facilitent notre compréhension du raisonnement stratégique des acteurs qui, de prime abord, peut sembler irrationnel. Prenons comme exemple l'irrationnalité de choisir le CRSSS comme producteur de services ou encore l'irrationnalité de faire de la publicité pour un organisme qui n'a qu'un mandat bien précis et de durée déterminée. L'analyse stratégique facilite la compréhension des motifs soutenant les stratégies du MSSS ou du personnel d'Info-Santé.

Les sous-chapitres qui suivent nous présentent les stratégies inhérentes aux acteurs de l'organisation Info-Santé et de son système.

3.4.1 Stratégies au niveau provincial/central

Le ministère/ministre comme acteur stratégique:

La préoccupation constante du ministère consiste à contrôler les dépenses au sein du réseau de la santé et des services sociaux. En un peu plus de 10 ans, le réseau a vécu au moins deux compressions budgétaires. A cause du déficit gouvernemental provincial, le ministère est toujours à la recherche de moyens ou méthodes afin d'allouer équitablement les ressources financières et d'éviter toute augmentation des dépenses.

Naturellement, lorsqu'une organisation prend vie et que le point de non-retour est passé, des sommes monétaires doivent être débloqués. Que ce soit des sommes neuves ou réallouées, le dilemme demeure le même: il n'y a pas d'argent et il faut en trouver. Si chaque dépense est scrutée minutieusement et ce, à travers tous les établissements, il est évident que tout ajout sous-entend que quelqu'un, quelque part, en aura moins.

La stratégie, pour le ministère, se définit ainsi: si un projet intéressant, économiquement et politiquement rentable voit le jour; ne lui donner qu'un statut de projet-pilote. Ainsi, le contrôle de sa longévité sera toujours entre les mains du ministère.

Du moins c'est ce qui semble ressortir d'une courte analyse des habitudes du MSSS lors de modifications majeures ou de création d'organisations. Prenons comme exemple Info-Santé - région du Québec métropolitain qui était un projet-pilote lors de sa création; la séparation d'Info-Santé d'avec la CCU fut effectuée pendant une période déterminée durant laquelle l'expérience était pilote.

Un autre moyen est de nommer un fiduciaire du nouveau-né. Ainsi, en tout temps, le projet peut être remis en question ou modifié. L'organisation de Hull fut mise en fiducie durant

quelques années. Il en fut de même pour l'organisation de Trois-Rivières.

Dans les deux cas, le ministère garde toujours le contrôle sur les ressources financières, premier bastion du pouvoir. Le projet-pilote est ainsi maintenu jusqu'à ce que la preuve de sa nécessité et de ses bienfaits soit incontestable. Lorsque le projet-pilote est assez raffiné, le gouvernement le récupère, retient la meilleure variante du concept et l'implante à travers tout son système.

Cette stratégie reporte les délais, diminue les frictions à l'intérieur du réseau en laissant le projet faire son propre chemin, permet au ministère de trouver les sommes monétaires nécessaires au fonctionnement de la nouvelle structure et facilite l'adoption d'un concept éprouvé, amélioré, réfléchi.

La Fédération des CLSC comme acteur stratégique:

La Fédération n'a aucun pouvoir sur le ministère si ce n'est que de représentativité, de recommandation. Elle est également positionnée stratégiquement près du pouvoir décisionnel, près du ministère.

Sa stratégie consiste à consolider le réseau des CLSC. Plusieurs reproches ont été entretenus à l'égard des CLSC à

l'effet qu'ils ne sont pas accessibles, qu'ils ne se sont pas accaparés leur mission de dispensateurs de services de première ligne et que les services qu'ils offrent ne sont pas uniformes à travers le Québec.

Info-Santé est le "ticket" idéal pour rallier les CLSC, renforcer leur position de services de première ligne et favoriser leur accessibilité. C'est pourquoi la stratégie de la Fédération est de s'assurer que les centrales Info-Santé feront toutes partie intégrante des effectifs des réseaux régionaux de CLSC.

Info-Santé est une très grande priorité en ce qui concerne la Fédération des CLSC. *"Ce n'est pas un dossier neutre"* (B) nous a-t-on précisé. Afin de rallier les CLSC du Québec au mouvement d'intégration des Info-Santé, la Fédération a fait des recherches et publié, à travers le Québec, un document expliquant le concept Info-Santé. Ce document, appelé "Accessibilité 24/7", a sensibilisé les CLSC du Québec à l'existence d'un tel concept.

Après cette recherche, il devint évident que les centrales Info-Santé des deux centres urbains du Québec étaient les seules à n'être pas rattachées à un CLSC ou à un réseau de CLSC. Afin d'augmenter leur emprise sur le service, la Fédération a fait du lobbying auprès du ministère et obtenu

que la centrale Info-Santé de Montréal soit administrée par un CLSC. Le rapport De Coster, proposant la séparation d'Urgences-Santé et d'Info-Santé favorisait toutes les tentatives de récupération d'Info-Santé. La stratégie de la Fédération consistait à obtenir qu'Info-Santé/Montréal soit intégré au réseau régional des CLSC. En gagnant Montréal, Québec était gagné, la province était gagnée.

3.4.2 Stratégies au niveau régional

Le CRSSS comme acteur stratégique:

Puisque les ressources monétaires n'étaient pas récurrentes, le CRSSS n'était jamais assurée du renouvellement du mandat d'Info-Santé. Sa stratégie consistait à agir à titre de négociateur vis-à-vis le ministère. La gestion d'Info-Santé faisait tout de même partie de ses mandats.

Les établissements/leur personnel comme acteurs stratégiques:

Les établissements, en particulier, les centres hospitaliers, étaient constamment débordés d'appels au département de l'urgence. Aucune ressource n'était officiellement assignée à répondre à ces appels. Tout le personnel infirmier se retrouvait accaparé, mobilisé autour

d'un appareil téléphonique alors que tant de travail urgent devait être effectué.

La stratégie des établissements en général fut de ne pas revendiquer la gestion du service Info-Santé. Qui veut s'approprier d'un service continuellement déficitaire? Ainsi, les Centres hospitaliers profitaient d'un service pour lequel ils ne déboursaient rien.

Quant aux CLSC, ils n'ont démontré aucun intérêt vis-à-vis du concept avant 87 (rapport Brunet). Leur stratégie s'appuya principalement sur celle de la Fédération. Chaque CLSC, pris individuellement, n'a que peu de poids au ministère alors que la Fédération peut, elle, influencer certaines décisions.

Les médecins comme acteurs stratégiques:

Les médecins, surtout les urgentologues se sont senti menacés de deux façons: en croyant que leur clientèle leur serait volée et en percevant une menace aux activités de leur champ professionnel.

Leur stratégie consistait à surveiller de près les activités de l'organisation Info-Santé en s'assurant de la portée des outils produits par cette dernière. Au dire de

plusieurs interviewés, les médecins veillaient à ce que les champs professionnels soient respectés et vérifièrent, à différentes reprises, discrètement, les renseignements donnés aux clients.

Devant la popularité du service, ils se sont rendu compte que ce n'était pas la clientèle des urgences qui diminuait mais bien les appels à l'urgence qui étaient presque abolis. Ceci libérait tout le personnel de l'urgence et leur permettait d'effectuer le travail qui leur était assigné.

A la lumière de ces faits, les médecins ont décidé d'utiliser le système en invitant, sur les répondeurs de leurs cliniques privées, les bénéficiaires à appeler Info-Santé. Les médecins n'étaient plus obligés d'être "accessibles 24/7" puisqu'un système de surveillance était "accessible 24/7" à leurs clientèles par le truchement du service Info-Santé.

3.4.3 Stratégies au niveau local

Info-Santé, acteur stratégique:

Info-Santé désirait s'implanter mais au préalable, l'obtention de ressources monétaires et humaines devait être assurée. La stratégie d'Info-Santé reposait sur deux points: négocier le renouvellement du mandat grâce à des arguments

irréfutables et provoquer un achalandage assez fort pour qu'on ne puisse plus abolir l'organisation: le besoin crée l'organe!

Le Directeur général du CRSSS, armé de statistiques, était le négociateur-clé pour faciliter le renouvellement des budgets. Afin d'augmenter le volume et prouver son utilité, une campagne publicitaire fut amorcée. Ce fut d'ailleurs la seule campagne effectuée, car les résultats ne tardèrent pas à se faire sentir. L'achalandage monta en flèche et servit d'argument lors des négociations subséquentes.

Un autre moyen stratégique utilisé par Info-Santé a consisté à la création des "protocoles nursing". Cette idée innovatrice et fort utile, a permis à l'organisation Info-Santé de répandre le concept à travers la province. Chaque fois que les protocoles étaient vendus, la formation des employés de l'acquéreur était assurée par Info-Santé facilitant ainsi la continuité du concept de "diagnostic nursing" téléphonique.

Afin de faire connaître leur concept et de le faire reconnaître, l'organisation Info-Santé a invité tous les ministres, depuis 84, à les visiter. Après chaque visite, apparaissait, sous une forme ou une autre, un écrit reconnaissant l'existence d'Info-Santé.

Les infirmières, acteurs stratégiques:

Le fonctionnement interne repose fondamentalement sur l'autonomie professionnelle des infirmières. Les diagnostics sont de caractère nursing et non médicaux³¹. La profession infirmière a été valorisée, enrichie.

Il a fallu, au départ, jouer de finesse, de gentillesse, de politesse, de gants blancs. Il y a eu un médecin qui a été là pour voir si tout était correct, si on ne dépassait pas le champ nursing qui nous était réservé. (D)

Nous verrons, dans le chapitre suivant, les particularités du CLSC de Trois-Rivières. En effet, ce dernier a enrichi le concept initial en y incorporant le volet social. Puisque la région de Trois-Rivières vivait certaines problématiques dues à des engorgements de clientèles dites sociales, quatre (4) CLSC ont décidé de s'unir et d'offrir une couverture sociale 24/7.

³¹Utilisé par Info-Santé afin de dissocier professionnel nursing (infirmières) et professionnel médical (médecins)

IV

LE SYSTEME D'ACTION CONCRET
INFO-SANTE/INFO-SOCIAL
CLSC LES FORGES
TROIS-RIVIERES

4. LE SYSTEME D'ACTION CONCRET

INFO-SANTE/INFO-SOCIAL

CLSC LES FORGES

TROIS-RIVIERES

Cette deuxième variante du concept Info-Santé dont nous allons faire l'analyse est particulière, puisque c'est le seul modèle ayant incorporé, dès le début, le volet social où des services de référence, d'information ainsi que d'écoute sociale sont rendus.

Nous savons que les régions urbaines sont normalement mieux desservies sur le plan des organismes de support social. "*Québec métropolitain a 43 services d'écoute téléphonique de toutes les souches, 24 heures par jour*" (K) nous a-t-on spécifié. Parmi ces organismes offrant un support social, mentionnons les organismes sans but lucratif répondant à une problématique spécifique telle la toxicomanie, le suicide, la violence, les relations parents-enfants; mentionnons les services téléphoniques de soutien aux aînés, aux jeunes, aux sans-abris. Il en est de même pour les régions de Montréal et Ottawa qui sont bien desservies.

En région rurale ou périphérique, les organismes de ce type sont en nombre beaucoup plus restreint et la gamme des problèmes couverts est très peu étendue. En fait, il existe,

hors des heures régulières d'ouverture, bien peu de ressources sociales accessibles sauf le CSS (qui dessert normalement les clientèles de 0 à 18 ans) et quelques autres organismes bénévoles couvrant des territoires spécifiques tel une sous-région³².

Au CLSC Les Forges, le bénéficiaire, en tout temps, appelle son CLSC. Après les heures d'ouverture des CLSC, son appel est transmis à une centrale, au CLSC Les Forges. Les territoires du CLSC des Chenaux (de Ste-Anne de la Pérade), du CLSC du Rivage (Cap-de-la-Madeleine), du CLSC Les Forges (Trois-Rivières) ainsi que du CLSC Valentine Lupien (Louisville) auxquels s'est ajouté le territoire de Clova, Parent et Lac Édouard (entente avec le CLSC de Haut St-Maurice) sont desservis par Info-Santé/Info-Social. Leur association initiale fut conditionnée par une problématique spécifique aux hôpitaux entourant ces quatre CLSC. Il y a douze (12) CLSC dans la région; sept (7) sont sur la rive nord, cinq (5) sont sur la rive sud. Le fleuve St-Laurent sépare les deux sous-régions.

³²Les organismes bénévoles ou sans but lucratif des régions périphériques ont à composer avec un handicap majeur: la grandeur des territoires. En effet, les coûts téléphoniques engendrés afin de répondre aux clientèles de tout un territoire seraient exorbitants. De façon générale, l'envergure de leurs budgets n'est pas adéquate pour absorber de pareils coûts.

Le CLSC Les Forges et la centrale répondent aux urgences, aux crises, aux récurrences et aux demandes d'information. Le Centre de crise est intégré à la centrale Info-Santé.

L'intervenant qui répond à l'appel (infirmière ou travailleur social) amorce la discussion avec le bénéficiaire. La discussion est entamée et lorsque l'intervenant approprié à la situation est libéré, l'appel lui est transféré. Le principe de l'interface est fortement ancré dans le processus opérationnel.

Le jour, comme dans tout CLSC, les bénéficiaires peuvent se rendre au CLSC. Cette pratique fait partie des opérations normales. Le soir, aucune visite n'est effectuée par les clients souffrant de problèmes de santé tandis que pour les problèmes sociaux, les travailleurs sociaux interviennent sur rendez-vous et reçoivent leurs clients au CLSC Les Forges, en plus de répondre aux appels téléphoniques. Les problèmes sociaux de nature urgente et non-urgente sont traités.

Lorsqu'un rendez-vous (problèmes sociaux) est requis, le client se rend au CLSC Les Forges. S'il ne peut se déplacer, c'est le travailleur social lui-même qui se déplace et rencontre le client, plus spécifiquement lors de situations extrêmement critiques. Aucune mise en disponibilité n'est effectuée pour les secteurs éloignés de la centrale.

Lorsque le travailleur social s'absente ou est inaccessible, l'infirmier(ière) voit à apaiser les clients aux prises avec des problèmes sociaux. Dès le retour de l'intervenant social, les clients lui sont référés.

4.1 Historique

La centrale d'Info-Santé/Info-Social du CLSC Les Forges à Trois-Rivières est née, elle aussi, d'un programme spécifique.

L'info-Santé ici, n'est pas apparu, je dirais comme un programme bien structuré au départ, avec une vision, mais c'est une série d'événements qui ont fait que c'est apparu un peu comme ça et nous n'avons pas encore officiellement de services Info-Santé. (E)

Au tout début, la problématique à régler était l'engorgement des urgences de certains hôpitaux. En 84-85, la région de Trois-Rivières avait été identifiée par la ministre Lavoie-Roux, tout comme la région de Montréal, Québec, Lanaudière, Montérégie, régions problématiques au niveau des urgences. Afin de régler ces situations, des budgets furent alloués. Le CRSSS de Trois-Rivières demanda donc aux établissements de faire des propositions afin d'utiliser adéquatement les budgets. Les centres hospitaliers concernés étaient le Centre hospitalier St-Joseph et le Centre hospitalier de Ste-Marie pour la région de Trois-Rivières et

le Centre hospitalier Cloutier pour la région du Cap-de-la-Madeleine.

Après avoir fait la preuve que l'engorgement provenait de problématiques de type première ligne et que les clientèles visées étaient de toute façon en majorité des clients CLSC, une bonne partie des budgets fut attribuée à deux CLSC fiduciaires. Une analyse avait démontré que la cause principale des engorgements des urgences des centres hospitaliers était la présence de clients ayant des problèmes de nature sociale. Ceux-ci, durant certaines places horaires, ayant peu de ressources sociales accessibles, se présentaient au centre hospitalier. Leur affluence à l'urgence provoquait une recrudescence de clients.

Un équipe "24/7" d'infirmières et de travailleurs sociaux intervenait de deux façons: "diagnostic nursing" par voie téléphonique (infirmières seulement) et "visites à domicile" pour tous les clients de "maintien à domicile" (infirmières et travailleurs sociaux) sur les 4 territoires de la rive nord de la région. Un centre de crise en santé mentale implanté dans le CLSC Les Forges offrait des services sociaux.

Aux territoires des quatre (4) CLSC desservis par la "réponse nursing" s'est éventuellement ajoutée la région de Clova-Parent.

En plus, une équipe multidisciplinaire appelée équipe multi devint active. Cette équipe avait pour mandat d'intervenir directement dans les salles d'urgence lorsqu'il y avait engorgement ou lorsqu'un patient requérait des services de nature autre que médicale. L'"équipe multi" devait intervenir auprès des clients de demandes d'hébergement, de SIMAD (soins intensifs de maintien à domicile) avant qu'ils ne soient pris en charge par le centre hospitalier. Cette équipe couvrait les 3 centres hospitaliers de Trois-Rivières et du Cap-de-la-Madeleine. Elle intervenait sur demande. Elle était rattachée au Centre d'accueil et d'hébergement (CAH) du Cap-de-la-Madeleine. En les y logeant, le CRSSS et les établissements pensaient favoriser l'obtention de la charte de CLSC à ce CAH.

Ainsi, le CLSC Les Forges de Trois-Rivières avait hérité de la mesure PRISM (projet régional d'intervention en santé mentale) rattachée au centre de crise et le CLSC du Cap avait hérité des "mesures nursing". Les quatre CLSC bénéficiaient de services de "réponse nursing" et de "réponse sociale" selon l'horaire "24/7".

Un an et demi après, le CAH du Cap-de-la-Madeleine obtint une charte de CLSC et devint CAH/CLSC. La charte du CAH avait prédominance. Afin d'être cohérent avec les arguments apportés lors du choix des établissements susceptibles de

recevoir les budgets associés au programme de désengorgement, le CRSSS, ainsi que les 4 CLSC impliqués, ont décidé de rapatrier le volet nursing à un "vrai" CLSC soit celui de Trois-Rivières et l'"équipe multi" fut dissoute. Le CLSC Les Forges devint gestionnaire du service Info-Santé/Info-social.

Les CLSC de la rive sud, n'ayant pas été touchés par le problème de désengorgement, n'avaient pas accès aux budgets s'y rattachant. Ils ont donc implantés, à même leurs propres budgets, des systèmes adaptés d'Info-Santé avec "réponse nursing" ou médicale. Ce service est offert jusqu'à 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, dans certains sous-territoires.

Le CLSC Les Forges, en collaboration avec le service Info-Santé, a réalisé un sondage intitulé "SONDAGE - Àuprès de la clientèle ayant fait appel au service d'Info-Santé des CLSC (1990). Ce sondage visait à identifier les utilisateurs du service, la nature de leurs problèmes, la durée des appels, la répartition des appelants et finalement, suite à leur appel, avaient-ils(elles) besoin de se déplacer vers l'urgence de l'hôpital.

Le sondage concluait que, suite à un appel placé à Info-Santé, 63,55% des utilisateurs ont pu régler leur problème et 85,76% ne sont pas allés à l'urgence. C'est le seul document concret évaluant les effets du service Info-Santé.

4.2. Jeux/Enjeux des acteurs & leurs enjeux

Ce système d'action est très particulier, car il fut, tout le long de son évolution, caractérisé par des mouvements que nous qualifierions de très chaotiques. En effet, les enjeux, et par conséquent, les jeux furent très forts au niveau des établissements et particulièrement entre les centres hospitaliers, les médecins, les salles d'urgence et les CLSC. Le CRSSS avait, à travers ces jeux de pouvoir, à composer avec une région identifiée deux fois, par deux ministres de la santé, comme étant critique au niveau des engorgements des salles d'urgence des hôpitaux.

Il est important de mentionner que la culture régionale n'est pas homogène. Au contraire, la région est composée de sous-régions. Les caractéristiques biophysiques ont favorisé ces cultures. Tel que précédemment mentionné, le fleuve St-Laurent sépare la région en deux, un immense lac isole une autre partie de la région et la région ne fut reliée par pont ou par voies routières vers Montréal depuis une trentaine d'années.

4.2.1 Jeux/Enjeux au palier provincial/central

Jeux/Enjeux du MSSS:

Le plus important problème du MSSS consistait dans l'engorgement des urgences de certains hôpitaux. Dans une perspective visant la solution du problème, le MSSS investit 3.3 millions dans la région de Trois-Rivières. Les budgets étaient destinés à des clientèles spécifiques. *"Il y avait des clientèles cibles identifiées par la ministre à ce moment-là, les personnes âgées et les situations de crise en santé mentale."* (L)

Il avait été décidé, par le CRSSS et les établissements de la région 04, que les CLSC étaient tout indiqués pour bénéficier d'une partie de ces mesures de désengorgement. Afin d'aider le Cap-de-la-Madeleine à obtenir son CLSC, une partie des mesures, le volet nursing, furent implantées au Centre d'accueil-hébergement du Cap. Le CLSC Les Forges obtint le volet social. Le Cap obtint son CLSC mais peut-être pas tout à fait dans les formes qu'il avait espéré. Le CAH devint CAH/CLSC. *"Le CLSC était ni plus ni moins un département du centre d'accueil."* (M)

Nous tenons à ajouter que presque tous les territoires des régions administratives du Québec étaient entièrement

couverts par les CLSC. Le territoire de la région 04 fut un des derniers à joindre ces rangs.

Le volet social fut desservi par le CLSC Les Forges et le volet santé fut desservi par le CA/CLSC du Cap durant quelques temps. Toutefois, après plusieurs années de mesures de désengorgement, l'interminable problème de l'engorgement des urgences d'hôpitaux à Trois-Rivières subsistait ce qui généra une deuxième évaluation de la situation par le MSSS. Cette fois-ci, la solution fut choisie par le ministère.

L'enjeu, pour le ministère aussi bien que pour le CRSSS, était de contrôler une situation qui demeurerait inacceptable. L'accessibilité aux services n'avait pas été réglée. Les engorgements subsistaient. Les jeux organisationnels pivotaient autour de l'ajout de budgets destinés à régler le problème des engorgements qui eux, ne cessaient de se perpétuer. Une farandole interminable: engorgement, argent, engorgement, argent, etc.

Jeux/Enjeux des CLSC du Québec:

Les CLSC sont en plein virage vis-à-vis leur position dans le réseau de la santé et des services sociaux. En effet, le MSSS a déjà précisé, dans la nouvelle loi, certaines avenues. L'enjeu des CLSC consiste en l'appropriation et au

maintien de la position identifiée au sein du réseau: être les dispensateurs de services de première ligne.

La ministre a annoncé son intention d'avoir, de donner des orientations en ce qui concerne les services médicaux courants aux CLSC. (E)

Il est évident que cette orientation implique directement un secteur d'activités réservé jusque-là, presque exclusivement aux centres hospitaliers.

La loi 120 identifiant les CLSC comme organismes de services de première ligne, la réaction de la Fédération des CLSC visant à renforcer cette position des CLSC au sein du réseau de la santé, tous ces changements soutendent l'hypothèse que les pouvoirs ou mandats des centres hospitaliers vont graduellement se modifier et que les CLSC s'approprient une quasi-exclusivité de services qui, de par la réforme Côté, leur sont dévolus.

En s'accaparant la clientèle des Centres hospitaliers, clientèle de première ligne, et en instaurant des services médicaux, les CLSC du Québec vont affirmer et améliorer leur position hiérarchique au sein du réseau et ce, probablement au détriment des hôpitaux.

4.2.2. Jeux/Enjeux au palier régional

Cette section éclairera les relations, au niveau régional, des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les particularités organisationnelles de cette région.

Jeux/Enjeux du CRSSS:

Lorsque le CRSSS obtint 3.3 millions pour améliorer la situation au niveau de l'engorgement des urgences, l'objectif était de bien l'utiliser. C'est ainsi qu'elle réunit tous les établissements concernés et entama les discussions.

La Régie a dit: Proposez-nous des programmes. (G)

Nous on avait des budgets dans le cadre du désengorgement des urgences mais très ciblés. C'était pas pour mettre sur pied un Info-Santé. C'était pour mettre sur pied une équipe multidisciplinaire. (E)

Par la participation des établissements aux décisions traitant de l'utilisation des budgets de désengorgement et du choix des moyens retenus, le CRSSS voulait trouver une solution satisfaisante pour tous. En faisant participer les établissements aux discussions, en tenant compte de leurs opinions, de leurs choix, le CRSSS facilitait l'endossement des solutions par tous les établissements. L'important demeurait la cohésion entre les établissements.

Le CRSSS de la région 04 eut de prime abord l'idée de continuer dans la même veine que Québec. Dès le début, il devint évident que ce n'était peut-être pas pour eux la solution idéale. En effet, des opinions circulaient à l'effet qu'il n'appartient pas à la Régie de dispenser des services.

La Régie, ... eux autres, ils disaient qu'un CRSSS ne doit pas avoir, ne doit pas livrer de services. C'est à partir de cela qu'ils ont plus pensé de mettre cela ailleurs qu'au CRSSS. Parce qu'au fond, ce qu'on entendait dire c'est que le CRSSS disait que c'était peut-être pas la meilleure stratégie de mettre cela au CRSSS. Eux autres, ils trouvaient pas que ça avait été une bonne stratégie. (M)

Ainsi, il fut convenu que les mesures de désengorgements seraient, pour une bonne partie, remise entre les mains de 4 CLSC. On en parle en ces termes: *"Nous, nous voulions que les 4 CLSC sur le territoire s'associent pour qu'il y ait une fluidité au niveau des services."* (E)

Le vrai rôle du CRSSS, maintenant de la Régie, consiste à devenir parfois l'arbitre qui doit veiller à l'équité entre les établissements. Ça fait partie du rôle administratif de la Régie. Comme nous disait l'interviewé: *"L'expertise et c'est là que le rôle d'arbitre de la Régie devient important pour pas qu'il y ait d'abus."* (E)

Le rôle de la Régie ne se joue pas uniquement au niveau d'une relation régional-local mais également au niveau

provincial-régional. *"Quand l'Etat veut couper, il renvoie à la région. C'est facile: les arbitrages vont se faire là."* (E)

Une Régie comme Trois-Rivières doit composer avec ses particularités. Sa situation géographique, la composition de sa population, l'étalement de ses clientèles, etc.

On n'est pas à Montréal, on n'est pas à Québec ou possiblement que le niveau de préoccupation des dossiers qui sont amenés serait peut-être plus Régie de la santé et tout cela, mais nous autres, au départ, on se disait si, lorsqu'on a à intervenir en situation de crise ou situation de besoins, il faut être en mesure d'intervenir à tous les niveaux. (F)

Jeux/Enjeux des établissements/leur personnel:

Sous cette rubrique, nous verrons les jeux et les enjeux des centres hospitaliers et de leurs médecins, des CLSC, du CSS, d'un CAH.

Les **centres hospitaliers** de la région de Trois-Rivières sont des établissements à culture très conservatrice. Ces établissements ont entre 200 et 300 ans d'existence et à cause des effets géographiques naturels, la culture est implicitement très traditionnelle. Et nous savons très bien qu'une culture traditionnelle a plus de difficulté à accepter le changement. Ce chapitre est définitivement en relation

avec le changement qui s'est effectué concernant Centres hospitaliers et CLSC.

L'engorgement des urgences des centres hospitaliers était au départ, le problème. Le CRSSS est donc allée chercher de nouveaux budgets afin d'alléger la situation dans les hôpitaux. Conséquemment, deux positions étaient possibles: l'octroi de la presque totalité des sommes aux centres hospitaliers afin qu'ils règlent eux-mêmes leurs problèmes ou l'octroi à l'établissement auquel ces clientèles étaient destinées. L'intervention pouvait s'effectuer avant l'entrée des clients dans le réseau ou après leur entrée dans le réseau.

Une étude démontra qu'une partie des usagers des services d'urgence avait besoin de soins sociaux ou communautaires. D'où l'implication des CLSC. Etant parmi les derniers CLSC au Québec à être implantés, ils devaient asseoir leur position à l'intérieur du réseau régional; la meilleure façon de le faire consistant à se faire connaître et à attirer les usagers chez eux.

Traditionnellement les clients, hors des heures régulières d'ouverture, se présentaient au Centre hospitalier bien que majoritairement, l'intervention nécessitée par leurs cas relevait davantage du domaine des CLSC que de celui des Centres hospitaliers.

Les enjeux étaient politiques et financiers pour les Centres hospitaliers, les médecins, les CLSC. L'obtention des mesures de désengorgement était liée à l'obtention de budgets destinés au financement de ces mesures.

Les mesures de désengorgement des urgences des CH visaient presque uniquement le volet santé même si on savait qu'une partie des problèmes des engorgements étaient dus à des problèmes de nature sociale. (E)

Pas trop engorgé pour qu'on puisse fonctionner mais assez engorgé pour avoir de l'argent. (E)

Comme nous le savons, ce sont les CLSC qui obtinrent la majorité des sommes rattachées aux mesures de désengorgement des urgences. L'option de solutionner le problème avant qu'il ne se produise fut retenue.

A partir du moment où les services "24/7" ont été implantés et efficaces, et que plusieurs CLSC se sont raccrochés au service d'Accessibilité du CLSC Les Forges, l'organisation fut tolérée par les hôpitaux. Comme à Québec, comme à Hull, lorsque les CH se sont rendu compte des avantages obtenus par l'"accessibilité 24/7", leurs objections se sont atténuées.

Les **médecins** avaient également quelque chose à dire en regard de ces millions distribués en région. Leur enjeu était également financier et politique.

C'est évident que la perception que les hôpitaux avaient et indirectement des médecins qui utilisent les hôpitaux eux étaient un peu convaincus et ils auraient souhaité que l'ensemble des mesures leur soient allouées en terme de budget et qu'à partir de cela, eux autres se seraient organisés pour désengorger les urgences. (F)

Au début, ils voyaient cela comme cela: on allait prendre leur place. (M)

Quant au CSS, ses mandats de base étaient très spécifiques. Le CSS n'intervenait, au niveau des urgences, que de façon très ponctuelle; parfois même hors de leurs mandats explicites, par pur professionnalisme.

Le social, c'est que le CSS pour tout ce qui concernait la loi de la protection de la jeunesse ... avait un système d'urgence sociale mais pour une clientèle relativement ciblée. Pas d'information at large. C'est pour des cas d'abus, de protection, des signalements. Donc, il n'y avait pas d'intégration du secteur santé et du secteur social. Ça n'était pas prévu non plus dans les mesures de désengorgement des urgences des CH. (E)

Il y avait également les Centres d'accueil. En effet, une partie de leurs clientèles engorgeaient le système; alors que les Centres d'accueil avaient d'autres occupations.

Il y avait beaucoup de "dumping" de personnes âgées par la famille (dans les urgences des CH). Il y avait une liste d'attente à l'époque de 100 à 150 personnes. Le réseau d'hébergement comme tel, était aussi en mutation. Le système d'hébergement pour personnes âgées était en mouvement. (L)

Jeux/Enjeux des CLSC:

Les douze (12) CLSC:

Les CLSC ont obtenu gain de cause en insistant sur le fait que les clientèles "encombrantes" des Centres hospitaliers auraient être desservies par des organismes dont le mandat est plutôt à caractère social qu'à caractère santé. Ils obtinrent donc les budgets de désengorgement et la responsabilité de mettre en place des mesures visant à solutionner les problèmes.

Ce qu'on disait ça reste des clientèles de première ligne, ça reste des clientèles qui ne sont pas admises à l'hôpital donc ce ne sont pas des clientèles de l'hôpital. Au point de départ, c'est des gens qui en principe sont à domicile donc ça devrait être au CLSC. (L)

Les CLSC utilisèrent les bons arguments, car en fait, il était inconcevable que des budgets de santé soient dirigés vers les CLSC, plutôt identifiés aux services sociaux.

On commençait seulement à en parler, car il fallait y aller de façon assez prudente. Il faut se souvenir que le budget à l'époque pour financer tous ces services-là provenait du secteur de la santé au ministère. Il n'était pas intéressé à financer le CLSC celui-là. C'était séparé cela. Alors les gens des CLSC étaient bien contents. Ils n'avaient pas besoin de sortir d'argent pour financer le CLSC mais les autres n'étaient pas contents. Alors, il fallait y aller prudemment à cette époque en 88. (E)

Lorsque le CAH ne devint pas CLSC mais plutôt CAH/CLSC, le jeu consistait, à cause des autres établissements, à être cohérent et l'enjeu était de ne pas perdre la gestion des mesures de désengorgement et de les maintenir dans un CLSC à part entière. A cause des arguments utilisés pour obtenir la gestion des mesures de désengorgement, il fallait que celle-ci soit rattachée à un établissement où la charte CLSC primait.

C'était la charte du centre d'accueil qui prévalait et non pas celle du CLSC. Alors le CLSC était ni plus ni moins un département du centre d'accueil. Alors les D.G. à ce moment-là on dit Wow! on va continuer à être logique avec ce que l'on dit. (M)

Et c'est ainsi que les mesures de désengorgement furent transférées au CLSC Les Forges.

4.2.3 Jeux/Enjeux au palier local

Jeux/Enjeux des quatre (4) CLSC:

Puisque les engorgements d'urgence affectaient des hôpitaux de la région de Trois-Rivières, plus spécifiquement là où la population est la plus concentrée sur la rive nord, les CLSC de la région 04 se sont battus pour obtenir les budgets associés aux mesures de désengorgement. Quatre CLSC, de la rive nord, ont obtenu un peu plus de 800,000\$ Le jeu était

de promouvoir l'unité, l'esprit d'équipe, équipe formée de quatre CLSC et non d'un seul CLSC.

04, ils étaient tous là sauf que les mesures isaient certains centres hospitaliers comme Ste-Marie, St-Joseph et Cloutier parce que c'était le désengorgement des hôpitaux. (L)

Il y avait une enveloppe à part parce que le CRSSS donne ces argents-là pour 4 CLSC. C'est important qu'on respecte ça. Il y a comme 4 petits, 4 petites coupures d'argent... Faut respecter cela. (M)

L'enjeu des 4 CLSC était, après l'obtention des budgets de désengorgement, le rapatriement des clientèles dans leurs établissements et le renforcement de leur réseau.

C'est comme si le monde avait passé par-dessus l'aide du CLSC pour s'en aller directement à l'urgence. Là, on les obligeait à reculer pour avoir de l'aide et on accélérail, on aidait pour un placement ou un dépannage. (M)

Le CLSC du Cap-de-la-Madeleine:

Le CLSC du Cap fut choisi pour deux raisons. Il possédait les locaux et on voulait faire pression sur le ministère afin que ce dernier confère au CAH du Cap, la charte de CLSC.

On n'avait pas les locaux. Le Cap avait ... (L)

Les gens du Cap étaient rattachés en fiducie au CLSC Normandie. Le Cap n'était pas un CLSC faut se le rappeler. (G)

Lorsque la décision fut rendue à l'effet que le CAH ne détenait pas un statut prioritaire de CLSC, il fut décidé, dans un esprit de cohérence, de ramener le personnel infirmier (Info-Santé, équipe multi, SIMAD) au CLSC Les Forges.

Le CLSC de Trois-Rivières (CLSC les Forges):

Au début, le CLSC Les Forges n'avait que la responsabilité du volet social des mesures de désengorgement. Toutefois, lorsque le CAH du Cap devient CAH/CLSC, il fut décidé de transférer le volet infirmier avec le volet social, au CLSC Les Forges. L'équipe multi fut dissoute. Ainsi, le CLSC de Trois-Rivières, au nom de 4 CLSC, devait administrer le personnel attitré aux programmes des mesures de désengorgement. Le CLSC Les Forges était responsable et fiduciaire. *"C'est le CLSC Les Forges qui est fiduciaire." (M)*

Afin de mieux consolider sa position et les programmes dont le CLSC Les Forges avait la responsabilité, une excellente façon consistait à intégrer les mesures au sein de l'établissement. *"Ici, au niveau du CLSC, on a intégré ces mesures-là dans notre établissement." (L)*

Ce modèle demeure particulier puisqu'il est le seul, actuellement, à offrir le volet santé et le volet social. Cette région a également à configurer avec la réalité

géographique des secteurs urbains et des secteurs ruraux. Les secteurs urbains ont facilement accès à un soutien social mais la situation est totalement différente pour les régions rurales.

La particularité, c'est que, au niveau de 24 heures et de la réponse qu'on a donné, c'était toujours et santé et social. (L)

On est les seuls, je pense, encore maintenant à offrir 24 heures une réponse sociale en plus d'Info-Santé. (L)

4.3 Raisonnement systémique

4.3.1 La rive nord et la rive sud

La région 04, semblable à bien d'autres régions du Québec, possède la particularité d'avoir plusieurs sous-régions fortes. Cette situation provoque des tensions culturelles assez particulières. L'esprit d'appartenance n'est pas à la région globale mais bien à la sous-région. La géographie naturelle a fortement contribué à cet état de chose: le fleuve, un lac, la construction tardive de routes les reliant aux régions urbaines.

Ainsi donc, cette culture sous-régionale intense et cette absence de culture régionale homogène colore la vie de tous

les jours dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Il y a donc le nord et il y a le sud.

C'était une mentalité de quartier. Une autogénération. Trois-Rivières n'étant pas reliée ni avec la rive sud, ni du côté du Saint-Maurice et pour s'en aller à Montréal, alors c'est la grande aventure. C'est relativement fermé. Et vous avez le Lac St-Pierre. On ne voyait même pas de l'autre côté. Le Lac St-Pierre, c'est la mer. (E)

Jusqu'en 1958, il n'y avait pas de pont entre la rive nord et la rive sud. Et les études sociologiques démontrent que les idées voyagent par les routes. (E)

Si l'on maintient l'axiome qui dit qu'une région se développe par les routes, nous pouvons conclure que la région de la rive nord était isolée, autosuffisante et ce, par la force des choses. Quant à la région du côté sud, elle n'avait pas de lien d'appartenance avec le nord puisqu'elle n'était pas liée avec le nord.

Les gens de la rive sud ne sont pas très friands de dépendre de Trois-Rivières (rive nord). (E)

La rive sud a dit: Nous autres, on a pas de problème. On est en train de se développer de l'autre bord. Les gens traverseront le pont. (E)

4.3.2 Culture très traditionnelle

Comme nous l'avons mentionné, les centres hospitaliers et leurs conseils d'administration sont en place depuis bien longtemps et sont bien implantés.

Les hôpitaux de Trois-Rivières sont de culture traditionnelle, de vieux hôpitaux. Les conseils d'administration sont bien implantés. (E)

Le poids social des centres hospitaliers est très important. Les acteurs ayant le poids le plus prédominant à l'intérieur d'un centre hospitalier sont les médecins. La position stratégique des médecins favorisa souvent ces derniers dans leurs négociations avec le MSSS. En effet, maintes fois, lorsque l'urgence des Centres hospitaliers était engorgée, les médecins et les gestionnaires des Centres hospitaliers faisaient pression sur le MSSS afin d'obtenir des fonds additionnels.

Chaque fois que l'urgence était engorgée, les médias s'emparaient de la nouvelle en dénonçant une situation jugée intolérable. La population se sentant menacée, faisait pression sur le MSSS qui devait éventuellement allouer des sommes monétaires non budgétées aux centres hospitaliers. Chaque fois que la situation se présentait, le stratagème se répétait.

Malgré les mesures de désengorgement implantées, le système résistait. La problématique régionale subsistait. La présence de cette problématique constante, de ces jeux de négociation perpétuels, démontrent bien les forces de la culture régionale vis-à-vis le système provincial.

4.3.3 Les CLSC de la dernière vague

Certains des CLSC de la région 04 étaient très récents. En effet, le territoire de cette région fut un des derniers à être entièrement couvert par les CLSC. Les CLSC étaient mal connus et devaient s'implanter au sein du réseau régional des services de la santé et des services sociaux. Ils devaient commencer à pleinement jouer leur rôle d'établissement de services de première ligne.

Les gens, par rapport à leur CLSC, le fréquentaient très peu et aussi dans notre région, les CLSC viennent juste d'être implantés. On est de la dernière vague des CLSC. Donc, les gens n'avaient pas pris le réflexe d'aller dans un CLSC surtout ici à Trois-Rivières parce que les CLSC n'offraient aucun service médical courant. (E)

4.4 Raisonnement stratégique

4.4.1 Stratégies au niveau provincial/central

Le MSSS comme acteur stratégique:

Depuis une dizaine d'années, les médias font régulièrement la manchette sur les problèmes d'engorgement des urgences de plusieurs hôpitaux de la province. Chaque fois que cette situation se présente, les coupures de budget sont considérées comme responsables des problèmes. Plusieurs pressions sont effectuées par les médecins et établissements afin d'obtenir plus de ressources monétaires et ainsi selon leurs dires, donner des services de meilleure qualité à la population.

Encore aujourd'hui, certains médecins démissionnent en bloc, il y a fermeture de lits, de départements complets et ce, afin d'obtenir plus de ressources monétaire pour les établissements, obtenir telle spécialité, etc... C'est le processus perpétuel de pressions effectuées sur le MSSS.

Jusqu'à présent, afin de rapidement apaiser la colère de la population, le ministère injectait des sommes monétaires additionnelles afin de régler temporairement la situation. L'intervention ministérielle fut effectuée dans la région de

Trois-Rivières, par deux fois, afin de trouver une solution à plus long terme. C'est dans ce cadre que la ministre décida d'implanter, dans certaines régions problématiques, des programmes de désengorgement des hôpitaux. Quel contrôle y a-t-il lorsqu'à chaque fois qu'il y a engorgement, des mesures tampons doivent être mises de l'avant et que les prévisions budgétaires ministérielles doivent être révisées. Et quel argument indiscutable que de revendiquer des ressources monétaires additionnelles au nom de la santé de tous et chacun!

La stratégie du MSSS était de mettre fin aux pressions effectuées par les médecins, les établissements, les populations. Et puisque cette situation devait rapidement se résorber, la ministre décida de laisser les régions gérer leurs problèmes et trouver leurs solutions en échange d'un certain encadrement. La ministre Lavoie-Roux, nous a-t-on rapporté, s'exprima ainsi en parlant du choix des moyens à prendre afin que le problème d'engorgement des urgences des hôpitaux se résorbe: *"Elle a dit au CRSSS à l'époque: Organisez cela dans telle ou telle région."* (L) Le MSSS proposa tout de même un modèle, un canevas de mesures à prendre afin de faciliter et maintenir le désengorgement des urgences.

Il y avait une équipe multidisciplinaire qui devait être mise à l'intérieur des CH. C'était prévu

comme cela dans les plans ministériels i.e. une équipe composée d'un travailleur social, d'une infirmière dont l'objectif était ... d'aller dans les urgences. (E)

La ministre avait dit: on va mettre sur pied des centres de crise en santé mentale qui vont faire en sorte, évidemment, de désengorger les salles d'urgence aussi parce qu'il n'existait pas ou peu de ressources, dépendamment des régions, pour des cas de crise en santé mentale. Et la seule ressource c'était l'urgence. (L)

En laissant les régions trouver leurs solutions, chaque projet implanté l'était à titre ponctuel. Des "projets-pilotes" si l'on veut. Et l'État n'avait qu'à récupérer les scénarios les plus efficaces. Si les solutions n'étaient pas concluantes, l'Etat intervenait et c'est ce qui se produisit à Trois-Rivières.

Encore aujourd'hui, après toutes ces années de pouvoir politique partagé entre le MSSS, les médecins, les Régies et les établissements, le ministère veut mettre un terme à ces situations et reprendre le contrôle. Sa stratégie est donc de faire tomber les bastions importants qui ont maintenu le pouvoir durant plusieurs décennies.

4.4.2 Stratégies au niveau régional

Le CRSSS comme acteur stratégique:

Le CRSSS avait à composer avec les jeux effectués par les établissements et les médecins chaque fois qu'il y avait engorgement. La situation était intenable et aucune ressource supplémentaire n'était disponible.

Le CRSSS devait donc agir et demander au MSSS, des budgets supplémentaires afin de régler une fois pour toutes ces pénibles situations. Ainsi, ce fut des administrateurs du CRSSS qui sont allés au ministère de la santé et des services sociaux afin d'obtenir des sommes additionnelles visant à corriger cette situation récurrente.

Une fois que les budgets furent obtenus, il fallait maintenant décider du modèle régional à implanter. Le MSSS avait avancé quelques prémisses mais une certaine latitude existait au niveau des solutions régionales.

En regard de l'expérience de Québec et aux critiques qui étaient émises à son égard, le CRSSS crut bon de ne pas suivre le modèle de Québec. La décision devait venir des établissements, récipiendaires et responsables potentiels des mesures.

Ce qu'on entendait dire c'est que le CRSSS disait que c'était peut-être pas la meilleure stratégie de mettre cela au CRSSS. (M)

C'est le CRSSS qui a convoqué différents partenaires: les CH, CSS qui étaient aussi concernés à cause des mesures de désengorgement. Il y avait les CLSC évidemment. (L)

En obtenant l'implantation d'une équipe multi dans les 3 centres hospitaliers, au lieu d'un, le CRSSS favorisait l'équité. C'était l'enjeu du CRSSS de maintenir l'équité.

On a réussi à faire accepter par le ministre de prendre l'équipe multidisciplinaire, de l'envoyer dans les CLSC et sur cette base-là, ils desservaient 3 CH plutôt qu'en desservir rien qu'un. (E)

Lorsque le MSSS donna au CLSC du Cap, une charte de CLSC avec prévalence à la charte du CAH, il devint évident que la région n'avait pas obtenu son autre CLSC. La stratégie du CRSSS devait être cohérente. Il accepta le déménagement des mesures dans un "vrai" CLSC. *"La Régie a dit: oui c'est vrai. C'est première ligne donc on transfert. Il faut continuer à se tenir." (L)*

Les jeux politiques allaient bon train entre les centres hospitaliers et les CLSC.

Le moyen qu'on avait pour contrôler ça, c'était de donner une partie importante du désengorgement de l'urgence du CH à un autre établissement qui n'est

pas en conflit d'intérêt avec l'hôpital, qui n'est pas en conflit d'intérêt avec la chirurgie, la médecine. (E)

Les établissements/leur personnel comme acteurs stratégiques:

Sous cette rubrique, nous examinerons de plus près les stratégies des centres hospitaliers, des médecins oeuvrant dans les centres hospitaliers, les stratégies des CLSC comme entité régionale ainsi que la stratégie utilisée par les 8 CLSC non incorporés dans l'organisation Info-Santé/Info-Social.

Les établissements dont l'enjeu était le plus fort étaient les **centres hospitaliers**. Il est donc normal que leurs stratégies aient été importantes.

L'hôpital ne voulait pas perdre ce service-là ni les sommes d'argent. (G)

La diminution de la clientèle importante de l'équipe multidisciplinaire a fait en sorte que même certains CH ont commencé à penser que l'équipe était trop efficace. (E)

Quand vous vous êtes présenté à l'urgence, avant que vous ayez vu un médecin, on vous fait click click. T'as pas le choix. Il faut qu'ils partent sur de quoi. Alors, il n'ira pas dire à la personne: vous n'avez pas d'affaire ici. (E)

Certains petits hôpitaux se sont sentis très menacés par les services Info-Santé 24/7. En effet, ils se voyaient désappropriés de leurs clientèles. Si leurs appréhensions

s'avéraient réalité, ils croyaient rencontrer des difficultés à conserver ou à recruter des médecins. La stratégie consistait à refuser toute intrusion de cette organisation Info-Santé 24/7.

Il y a des urgences qui nous ont carrément refusé. Deux urgences de petits hôpitaux qui n'ont pas voulu donner notre dépliant parce que si eux autres n'ont pas assez de visites à l'hôpital, ils ne garderont pas leurs résidents. (M)

D'autres départements d'urgences d'hôpitaux ont réagi différemment. Puisqu'un système existait pour répondre au téléphone, puisque des budgets étaient alloués pour du personnel attitré; autant s'en servir. Ainsi, il pouvaient vaquer à leurs occupations sans être dérangés; les services étaient donnés et aucun coût additionnel n'était imposé à l'établissement. Finalement, ils ont adopté la même position qu'à Québec et ont décidé d'utiliser l'organisation Info-Santé. *"Là, les salles d'urgence, ils transfèrent carrément ici (Info-Santé/Info-Social)."* (M)

Les **médecins**, comme à Québec ou à Hull, n'étaient pas très satisfaits de ces nouvelles mesures. D'abord, les sommes monétaires n'avaient pas été attribuées à leur hôpital et les mesures prises affectaient le nombre de clients vus. Leur stratégie consistait à essayer de récupérer ces sommes monétaires et à les utiliser à des services contrôlés par

eux, services répondaient tout de même aux besoins des urgences, exemple: la gériatrie. La situation fut décrite en ces termes: "*Plus l'urgence était engorgée, plus ils avaient de l'argent.*" (E)

Le réseau régional des 12 CLSC a joué un rôle important à l'intérieur du système d'action concret concernant l'Info-Santé 24/7. Afin d'obtenir les budgets et les responsabilités associées aux programmes de mesures de désengorgement, ils ont appuyé leurs débats sur la rationalité.

Toutes les ressources de maintien à domicile sont déjà en CLSC. Les clientèles qu'on vise, par principe, c'est des gens qui sont à domicile, donc, ça devrait être au CLSC et puis c'était souvent aussi nos clientèles. (L)

C'était pour leur éviter d'aller à l'urgence. (M)

Suivant les orientations que prenaient les CLSC du Québec, soit le renforcement du réseau, l'appropriation de services de première ligne, les CLSC de la région optèrent pour un modèle où les gens appellent, en tout temps, leur CLSC. Ainsi, il se faisaient connaître de la population et par une publicité de bouche à oreille, modifiaient les habitudes de la population.

Rattachée à un CLSC mais qui faisait le tour des hôpitaux; c'était la seule place au Québec où ça c'est fait comme cela. (E)

En même temps, on essayait de faire passer dans la population: si vous avez un problème, si vous faites un appel, plutôt que d'appeler à l'urgence de l'hôpital, appelez donc ce numéro-là. (E)

Les CLSC de la région, plus exactement la Conférence des CLSC de la région 04, avaient décidé de soutenir les initiatives du Cap dans ses efforts d'obtention d'un CLSC. En envoyant les mesures nursing au Cap, ils forçaient un peu la main au ministère. Du moins, le croyaient-ils!

On s'est dit: on va envoyer ça du côté du Cap. Ça va peut-être les aider pour qu'ils deviennent CLSC. Il y avait aussi qu'au Cap le problème des locaux était réglé. (L)

À cause de l'affiliation CA-CLSC, le centre d'accueil a hérité du CLSC. Puis à ce moment-là, les D.G. ont dit que ça ne pouvait pas rester dans un centre d'accueil c'était une mesure de première ligne alors ils ont rapatrié cela au CLSC Les Forges. (M)

Les CLSC de la rive sud, absents des mesures de désengorgement, se sont débrouillés pour offrir à leurs clients des services semblables ou équivalents aux clients de la rive nord.

Sur la rive sud: disons qu'ils se sont chacun, des CLSC ou groupes de CLSC, donnés de façon non coordonnée un certain nombre d'outils permettant de répondre à la population sur une base 24 sur 24 en se basant sur Québec. (F)

4.4.3 Stratégies au niveau local

Les 4 CLSC comme acteurs stratégiques:

Nous considérons les 4 CLSC de la rive nord comme une entité locale, car leur interaction, du moins au niveau de l'Info-Santé 24/7 les situe comme une entité.

Afin d'améliorer leur présence et leur rayonnement sur les territoires des 4 CLSC, il fut convenu que le personnel infirmier ainsi que les travailleurs sociaux se déplaceraient dans les territoires. Ainsi, en plus d'apporter une "réponse nursing" aux populations des 4 CLSC, le personnel infirmier effectuait des visites à domicile. Les travailleurs sociaux interviendraient ponctuellement sur le territoire à l'occasion de problèmes sociaux graves.

Les infirmières se déplaçaient. Le 24/7 était une réponse nursing mais c'était aussi des visites à domicile pour les territoires des 4 CLSC. (M)

Le choix du CLSC, récipiendaire des ressources reliées aux mesures de désengorgement devait être effectué. Les 4 directeurs généraux ont retenu le CLSC Les Forges, responsable du centre de crise (PRISM) et le CAH du Cap, responsable du volet nursing.

C'est les 4 D.G. qui ont décidé cela entre eux autres avec le CRSSS. Au fond, ils prenaient les plus centraux. (M)

L'équipe multi et les infirmières étaient au CAP et l'équipe psychosociale était à Trois-Rivières. (M)

Chacun des CLSC ayant décidé de faire partie des mesures de désengorgement tenait naturellement à veiller sur la part du gâteau. Si quelque chose n'allait pas, il était important de conserver une latitude face à l'adhésion ou non au concept. Chaque CLSC désirait conserver le contrôle sur son enveloppe budgétaire.

Une enveloppe à part... pour 4 CLSC. C'est important qu'on respecte ça. .. Il y a 4 petits, 4 petites coupures d'argent. (M)

La particularité c'est qu'après 16h30, bien il y a 3 autres CLSC qui s'accrochent. (M)

C'est toujours des ententes 2 directions, de 2 à 2. Alors qu'au fond, un vrai système d'Info-Santé devrait être un système intégré. (E)

Les 3 CLSC qui s'accrochent ne reçoivent aucun argent. Leur part est dirigée vers le CLSC Les Forges afin de soutenir le service dont ils bénéficient. Ainsi, lorsqu'il fut question d'avoir du personnel santé mis en disponibilité dans les régions des 3 CLSC, ces derniers refusèrent, car selon eux, les services devaient être assumés par le CLSC Les Forges, leur quote-part étant versée au CLSC Les Forges.

Nous autres (CLSC Les Forges) on a déjà essayé de négocier avec les autres CLSC. Mettez-vous une fille de garde. On va l'appeler à la place mais comme c'est un petit bassin de clientèle, les CLSC ne veulent pas. C'est pas rentable pour eux. (M)

Le CLSC du Cap-de-la-Madeleine comme acteur stratégique:

En fait, la stratégie du Cap était de forcer un peu la main au ministère en désirant un CLSC, au même titre que Trois-Rivières en avait un.

Le CLSC du Cap n'avait pas encore ses lettres patentes et les gens espéraient qu'ils feraient obtenir ses lettres patentes en mettant un service comme ça. (M)

Le CLSC Les Forges (Trois-Rivières) comme acteur stratégique:

Le CLSC Les Forges a soutenu les efforts afin que le Cap obtienne son CLSC. Lorsque le CAH du Cap devint CAH/CLSC, ce dernier a soutenu les recommandations de tout rapatrier au CLSC Les Forges.

Ça n'a pas d'allure de laisser des mesures de désengorgement dans un CA/CLSC. C'est des mesures de première ligne. On rapatrie tout cela à la même place. (M)

Le CLSC Les Forges avait la responsabilité d'administrer les deux volets des mesures de désengorgement. Afin de consolider sa position de fiduciaire et d'administrateur des

4 enveloppes budgétaires, il intégra les mesures à l'intérieur de son organisation.

Personne n'est ouvert (24/7) à part nous autres. (M)

Il y avait 4 petites enveloppes. Ils ont tout mis cela ensemble et ça s'est en venu ici. (M)

Si le plus haut niveau de contrôle repose sur le contrôle des ressources financières, le CLSC Les Forges n'a peut-être pas le contrôle sur l'obtention du budget mais il a certainement la latitude pour dépenser le budget. Ceci lui donne un certain pouvoir par rapport aux autres CLSC impliqués.

Maintenant c'est intégré à l'accueil mais c'est toujours du personnel à part. (M)

On s'est dit localement, pourquoi ne pas en faire un "package deal" de tout cela et en faire un service intégré. (L)

Finalement, sans être un Info-Santé reconnu comme tel par le ministère, le modèle de Trois-rivières est enrichi grâce à l'ajout du volet social.

Nous allons maintenant aborder le modèle de Hull/Outaouais en utilisant le même processus d'analyse et en facilitant la mise en évidence des tangentes émergentes de ce système d'action concret. Le modèle de Hull repose sur tous les CLSC de la région.

V

LE SYSTEME D'ACTION CONCRET
ACCESSIBILITE CONTINUE (24/7)
CLSC DE LA REGION DE HULL

5. Le système d'action concret
Accessibilité continue (24/7)
CLSC de la région de Hull

Le chapitre 5 portera sur une meilleure compréhension du système d'action concret entourant le modèle organisationnel d'"accessibilité continue 24/7" de la région de Hull en Outaouais. Ce modèle est particulièrement intéressant, car il fut entériné par la Fédération des CLSC et bonifié par la réforme du ministre Marc-Yvan Côté. Contrairement au modèle de Québec où une unique centrale répond aux clients, celui de Hull repose sur le réseau des CLSC de la région.

Les services rendus par **Accessibilité Continue 24/7 (A/C)** sont globalement les mêmes qu'Info-Santé à Québec. Les outils utilisés proviennent de la centrale de Québec et sont répandus dans tous les CLSC et points de service de la région de l'Outaouais.

5.1 Historique

La région de l'Outaouais vit une réalité assez particulière. Elle voisine les frontières de la province de l'Ontario. Une rivière sépare la province de Québec - ville de Hull et la province de l'Ontario - ville d'Ottawa. Les activités entre les deux rives sont très nombreuses. La

région de Hull fut longtemps défavorisée, sur le plan des structures de la santé, par rapport à Ottawa. Ainsi, une bonne partie des clients de Hull recevaient des services du système médical ontarien. La tarification des actes médicaux en Ontario était différente de la tarification en vigueur au Québec. Ottawa avait plus de spécialistes, plus d'hôpitaux. Cette situation provoquait un casse-tête administratif au Conseil régional de la santé et des services sociaux ainsi qu'au ministère.

En 1985-1986, l'Outaouais est une des premières régions québécoises à se doter d'un plan en santé mentale. Avec les budgets s'y rattachant, les CLSC de la région décident d'augmenter leurs heures d'ouverture. Les horaires des CLSC passent du 8h30 - 16h30 au 8h30 - 21h00.

Malgré cette modification des horaires des CLSC, certains services ne sont prodigués que sur la rive ontarienne. La Direction générale du CRSSS part à la conquête de budgets afin de ramener la clientèle vers le Québec et éliminer cette facturation entre deux provinces. Ce programme s'appelle "rapatriement des clientèles".

Dans le but de récupérer et conserver ses clients, le comité du rapatriement, composé de représentants de tous les établissements et du CRSSS, annonce son intention d'implanter

un Info-Santé, selon le même modèle qu'à Québec i.e. un service Info-Santé rendu par le CRSSS.

C'est alors que les CLSC décident de s'unir et de proposer un scénario différent. Leurs arguments reposent entre autre, sur le fait que le CRSSS ne doit pas être un dispensateur de services et qu'Accessibilité Continue 24/7 fait partie de la catégorie de services de première ligne donc appartenant au réseau des CLSC. Après discussions, il est décidé qu'Info-Santé sera intégré au réseau des CLSC de la région de l'Outaouais.

Le CRSSS conserve les droits d'évaluation de l'organisation et met les budgets en fiducie au CLSC de Hull. L'objectif des CLSC étant d'augmenter l'accessibilité des CLSC, Info-Santé devient "Accessibilité Continue 24/7".

Chacun des neuf (9) CLSC sont dotés d'outils communs pour favoriser l'accueil, l'évaluation et l'orientation des usagers. Les "fiches nursing" sont achetées à Info-Santé, Québec. La formation est donnée par Info-Santé, Québec. En mars 89, Accessibilité Continue 24/7 démarre.

Le principe d'accessibilité à son CLSC est priorisé sous toutes ses formes. Le client a toujours l'impression d'appeler "son" CLSC, car le client signale toujours le numéro

de téléphone de son CLSC local. Durant les heures régulières d'ouverture, les réponses aux clients sont données par les CLSC locaux. Hors des heures régulières d'ouverture, les appels sont transférés à une centrale logée au CLSC de Hull. Le client ne s'aperçoit même pas de ce transfert. L'important n'est pas de savoir qui est le répondant; c'est la qualité de la réponse qui est importante.

Malgré l'existence de la table des D.G. des CLSC, il est décidé d'instaurer un comité aviseur. Ce dernier, formé des D.G. d'un CLSC urbain, d'un CLSC semi-urbain/semi-rural, d'un CLSC rural et de la coordonnatrice d'Accessibilité Continue est un comité conseil. Il est clairement établi que la gestion du service relève du CLSC de Hull.

Vers 1990, le CLSC de Hull continue la réalisation des orientations proposées dans le rapport Brunet, rapport indiquant les orientations que les CLSC du Québec devraient prendre, et transforme son organigramme. Quatre (4) directions sont créées dont la direction des services courants (accueil, évaluation, orientation). Une table des directeurs de services courants est créée. Ainsi, trois instances représentant le réseau des neuf CLSC travaillent à la gestion de l'organisation "Accessibilité Continue".

Ce modèle a ravi la Fédération des CLSC. Elle l'a d'ailleurs entériné. Accessibilité Continue est devenu un dossier prioritaire de la Fédération. L'objectif consiste à s'assurer que le concept organisationnel Accessibilité Continue-Info-Santé repose sur le réseau régional des CLSC de toutes les régions du Québec.

La réforme est venue bonifier cette variante du concept. Le ministre Marc-Yvan Côté a exprimé l'intention d'implanter des centrales d'information "24/7" dans toutes les régions du Québec et a, dans le même document, désigné les CLSC comme établissements de services de première ligne³³ ce qui place les CLSC en tête de ligne pour accueillir Info-Santé, service de première ligne.

En ce qui concerne les études préalables à l'implantation du service Accessibilité continue, aucune étude ne fut réalisée.

5.2. Jeux des acteurs & leurs enjeux

Dans chaque organisation, des enjeux sont à défendre afin de conserver le statu quo ou améliorer sa position d'acteur, sa capacité d'influencer les autres, son pouvoir. Qu'il soit

³³Ces quelques lignes font référence au Livre blanc du ministre intitulé: Une réforme axée sur le citoyen (1990)

question de paliers organisationnels, de groupes professionnels ou d'établissements à l'intérieur du réseau, des acteurs subissent les pressions internes et externes et réagissent en fonction de leur position à l'intérieur de l'organisation. Ce sont leurs enjeux qu'ils défendent créant d'autres pressions sur les autres acteurs qui eux aussi, réagissent ... C'est l'effet circulaire. Le jeu consiste à conserver son pouvoir ou à améliorer sa position d'acteur en acquérant plus de pouvoir.

5.2.1 Jeux/Enjeux au palier provincial/central

Jeux/Enjeux du MSSS:

Le ministère de la santé et des services sociaux, dans le contexte de la région de l'Outaouais, avait à vivre avec la problématique suivante: un système de facturation était généré par des clientèles québécoises recevant des services en Ontario. La région était foncièrement défavorisée en terme de rétention des spécialistes, car les effectifs médicaux faisaient défaut.

On n'avait pas de capacité de rétention des spécialités pratiquement parce qu'on n'avait pas l'équipement qu'il fallait. (H)

Le volume de clientèle coûtait très cher à la province et on n'avait pas développé donc les spécialités qu'il fallait pour être capable

d'offrir l'ensemble des services du côté de l'Outaouais. (H)

Ses enjeux étaient donc de réduire les coûts de services (car les tarifs des médecins sont différents entre le Québec et l'Ontario) et de réduire les coûts administratifs.

Le MSSS, ne pouvant définir, au cours d'une année, l'ampleur des coûts engendrés à la fin de l'année, avait pour enjeu de réduire son incertitude et reprendre le contrôle des dépenses. Son pouvoir étant intimement relié au contrôle des ressources monétaires, il devenait impératif de contrôler les dépenses.

Jeux/Enjeux des CLSC du Québec:

Les CLSC, presque partout au Québec, n'étaient ouverts que le jour, de 8 à 4. Certaines pressions, à cet effet, venaient du MSSS et des autres établissements. Il devenait donc urgent d'extensionner les heures d'ouverture et améliorer l'accessibilité. C'était devenu une question de survie.

Au début des années 80, les CLSC se faisaient régulièrement planter parce qu'ils étaient ouverts de 8 à 4 ... Tout le monde nous critiquait là-dessus. (I)

La réforme a consacré les CLSC comme établissements de services de première ligne. Toutefois, depuis longtemps déjà,

d'autres établissements rendaient des services de première ligne. Ce sont les hôpitaux et les cliniques privées. D'ailleurs, une certaine ambiguïté demeure à cet égard.

Dans l'économie de la réforme Côté, ce que je comprends, il y a deux premières lignes: c'est les CLSC, les cabinets de médecins et jusqu'à un certain point, les urgences d'hôpitaux. (I)

La notion de première ligne, c'est pas encore défini. C'est quoi, la première ligne? (J)

Les CLSC sont stratégiquement privilégiés par rapport aux autres. Ils sont les seuls établissements près des populations et répartis sur tout le territoire régional.

Les CLSC ont des assises locales et ils privilégient une approche globale au niveau de la santé de la personne et ils donnent des services le plus près possible d'où vivent les gens. On est implanté. La plupart ont des points de service dans les villages en périphérie du centre principal. (J)

5.2.2 Jeux/Enjeux au palier régional

Jeux/Enjeux du CRSSS de l'Outaouais:

Le CRSSS avait à vivre les conséquences de cette érosion vers l'Ontario. Il héritait d'une surcharge administrative et ne pouvait acquérir plus d'effectifs médicaux puisque la clientèle n'était pas là. En rapatriant la clientèle, il pouvait faire d'une pierre, deux coups.

La Régie régionale, elle voulait mettre sur pied son système pour des raisons administratives entre autres parce que durant la nuit, les gens de l'Outaouais ont un .. une .. vous savez, c'est pas les mêmes modes de paiement, c'est pas les mêmes tarifs entre l'Ontario et le Québec pour les médecins. (H)

Le CRSSS avait eu l'idée d'instaurer un Info-Santé comme à Québec, sur le même principe qu'à Québec i.e. avec la centrale de coordination des urgences, les ambulances, etc.

C'est alors que, sous le poids des arguments apportés par les CLSC à l'effet que ce n'est pas du ressort des Régies de devenir producteurs de services, le CRSSS se rallia au scénario des CLSC. Ça ne faisait pas partie de son mandat. La position des établissements se résumait en ces quelques mots: *"Le Conseil régional est en train de vouloir développer un service direct à la population. C'est pas sa job." (J)*

Jeux/Enjeux des établissements de l'Outaouais/leur personnel:

Les établissements désiraient résoudre certains de leurs problèmes sans que leurs acquis ne soient menacés. Ils avaient tout à gagner en acceptant d'appuyer le modèle relié aux CLSC. C'est d'ailleurs ce qu'ils firent.

Les autres établissements se sont finalement assez vite ralliés et surtout autour de l'idée que ça avait pas de sens que ce soit la Régie qui développe ce service-là. On s'est mis à regarder cela et comme catégorie d'établissements, il n'y en

avait pas d'autres qui est diffusé comme réseau, qui est disséminé partout dans la région. (J)

Les **gestionnaires** des centres hospitaliers n'avaient pas à ajouter des ressources humaines durant certains quarts de travail ce qui occasionne une économie monétaire.

Les **médecins** étaient les plus menacés. En effet, leurs craintes, leurs incertitudes reposaient sur deux facteurs: la protection des champs professionnels et de leurs clientèles.

On a rencontré les médecins, il y en avait qui étaient nerveux. (H)

Là où ils avaient peur c'était qu'on garde captive les clientèles et qu'on ne réfère pas au cabinet, qu'on ne réfère pas les clients aux médecins. (H)

Les urgentologues voyaient leurs clientèles filer vers d'autres établissements.

Les urgentologues, qui eux sont à l'argent, se plaignaient de la congestion. Je pense qu'eux autres, auraient voulu plus de personne. (N)

La collaboration, pas vraiment avec les urgentologues. (N)

Les urgentologues, ils veulent se débarrasser... c'est pas payant des petits rhumes. (H)

Les médecins de famille et les cliniques privées, ne vivant pas d'érosion de leur clientèle, pouvaient maintenant profiter d'un support professionnel 24/7, sans aucun déboursé supplémentaire.

Les médecins en clinique privée sont heureux, car on leur envoie plus de clientèles. (N)

Les médecins, je parle pour chez nous, ce qu'on se rend compte, c'est qu'ils connaissent maintenant beaucoup plus la disponibilité du service et eux, il y a plusieurs cliniques qu'eux-mêmes disent à leurs clients: appelez au CLSC. Il y a des médecins, pas tous les médecins, mais il y a des médecins qui donnent cette information. (J)

Les **infirmières** des urgences des hôpitaux sont celles qui avaient le plus à gagner dans ce nouveau scénario. En effet, n'ayant plus à répondre aux nombreux appels téléphoniques, elles pouvaient maintenant effectuer les tâches auxquelles elles étaient assignées.

Les infirmières sont très heureuses de cela, car avant, soit pour des questions d'ordre légal, quand quelqu'un appelait, commençait à raconter un problème, et que les infirmières étaient débordées, la seule façon de s'en sortir était: passez à l'urgence et ça faisait congestionner. (N)

Je pense que ceux qui ont été les plus contents sont les infirmières des départements d'hôpitaux. (H)

Jeux/Enjeux des 9 CLSC de l'Outaouais:

Les neuf (9) CLSC de l'Outaouais devaient faire front commun. S'unir pour équilibrer les rapports de force. S'unir dans les objectifs, dans les moyens et dans les procédures. Le rapport Brunet donnait les grandes lignes à suivre.

Deux Présidents de la Fédération des CLSC ont été Directeurs généraux de CLSC de la région de Gatineau. La philosophie des CLSC était facilement transférée à la Fédération et vice versa. Devenir plus accessibles, s'implanter dans le réseau comme organisme de première ligne, tels étaient les enjeux de ces 9 CLSC.

C'est nous les établissements de services. (N)

Les objectifs, le principal en tout cas c'est de rendre accessible les services 24 heures par jour. (N)

Une publicité fut lancée sur le concept et servit de tremplin pour consolider le réseau des CLSC de la région. Les clients n'avaient qu'un numéro à retenir: celui de leur CLSC.

La publicité, elle fut commune. Chacun notre numéro de téléphone. Alors les gens de n'importe où dans l'Outaouais, ils pensent que ça répond au CLSC. (J)

Le concept qu'on a développé c'est qu'on a pas voulu avoir un numéro de téléphone spécifique. On s'est dit: il faut qu'on ait un système qui va permettre aux 9 CLSC de conserver leur numéro de téléphone et de trouver un moyen pour que les téléphones s'acheminent à une centrale sans que le client ne le sache. (H)

L'optique qu'on avait, nous, c'était donc d'avoir une couverture 7 jours semaine, 24 heures par jour pour les CLSC, 365 jours sur 365 jours par année. Nous, on voulait que non seulement ce soit un CLSC qui réponde mais qu'on ait un lien très étroit avec l'ensemble, avec les CLSC nommément. (H)

La région fut la première région entièrement couverte par un réseau de CLSC. Les plus anciens CLSC du réseau québécois, ceux avec le plus d'expertise, ceux qui ont eu le temps de se positionner, de réfléchir, sont ceux de la région de l'Outaouais.

On a un avantage en région ici, on a été la première région au Québec à être couverte de l'ensemble des CLSC or ça fait depuis 15 ans qu'il y a des CLSC. (J)

5.2.3. Jeux/Enjeux au palier local

Jeux/Enjeux du CLSC de Hull:

Le CLSC de Hull, en tant que responsable du projet avait à s'unir, avec les CLSC, à débattre sa position contre la Régie, à prouver son respect des champs professionnels aux médecins, à développer un modèle "achetable" par la Fédération et à rassurer les employés vis-à-vis les changements apportés par l'Accessibilité continue.

En effet, le CLSC de Hull a, dans son organisation, plusieurs syndicats. Les changements apportés ont affecté le personnel et les syndicats. L'enjeu était de faire le remaniement le plus pacifiquement possible. Des ententes harmonieuses ne faisaient que renforcer la position de

négociateur du CLSC de Hull vis-à-vis la gestion de la nouvelle organisation.

Afin de consolider ses assises, lors d'un remaniement organisationnel, le CLSC de Hull a incorporé le volet Accessibilité Continue et son budget. Il fallait assurer la permanence de ce programme. Le budget était auparavant en fiducie au CRSSS.

Nous n'aurons plus à nous débattre pour le renouveler. S'il n'y a pas de malheur dans le réseau, ce programme-là, est sauf, assuré. (I)

Jeux/Enjeux d'Accessibilité continue 24/7:

Le projet était conditionnel à l'octroi de ressources monétaires. Sans ressource monétaire; pas de projet. Ainsi, le CRSSS, sous la responsabilité du MSSS, s'était assurée le contrôle en nommant le CLSC de Hull fiduciaire. Le projet était donc un projet-pilote. L'enjeu était de réussir et s'implanter. C'était capital pour la survie du modèle régional. L'enjeu était d'innover le modèle en l'adaptant à une réalité régionale planifiée (modèle régional).

Le maintien des communications entre les neuf CLSC et le CRSSS était la pierre angulaire du succès du projet. L'enjeu était d'instaurer des moyens de communication fluides et

transparents entre les CLSC et de maintenir des liens actifs avec le CRSSS et le MSSS.

Il faut mettre le maximum de communication entre les CLSC et la centrale. Il faut que le système permette des échanges d'informations le plus souple possible. (I)

Mme Larouche, chef du cabinet du ministre Côté, est venue avec une conseillère de la Fédération et nous, on a décidé très spontanément, d'inviter un administrateur du CRSSS. (N)

Chacun dépend un peu de la Régie. Faut être en lien avec eux autres. On n'est pas les seuls; autant pour être en complémentarité avec les autres. C'est un impératif de voir, être en lien avec la Régie. (N)

Parmi les acteurs, ceux qui avaient le plus à gagner de ce nouveau concept devaient tout de même se protéger et s'assurer de la légalité de leurs actions. C'est pourquoi, au grand étonnement des gestionnaires, le **personnel infirmier** fut enchanté d'être enregistré lors des conversations téléphoniques. Ce sont les infirmières elles-mêmes qui ont demandé d'être enregistrées.

Quand on a embauché les infirmières, on leur a dit: vous allez être enregistrées dans vos ... et on leur a dit que l'enregistrement ça va servir pour a) la formation, 2) pour les plaintes et 3) etc. Et les infirmières nous ont toutes dit on est très contentes d'être enregistrées. (H)

5.3. Raisonnement systémique

Le raisonnement systémique repose sur le questionnement suivant: quels sont les éléments qui ont fait pression sur le système d'action concret et ont facilité sa construction.

5.3.1 Proximité avec l'Ontario

La région de Hull n'aurait probablement pas obtenu d'aussi larges sommes monétaires visant à améliorer le système médical régional, n'eut été des coûts ontariens plus élevés que ceux du Québec et des répercussions administratives générées par la facturation de l'Ontario.

Cette proximité a nui à la région durant plusieurs années en favorisant le système ontarien. Toutefois, lorsque le CRSSS décida d'aller chercher des budgets au MSSS et de rapatrier les clientèles, il favorisa l'opportunité d'implanter de nouveaux services en l'occurrence Accessibilité Continue 24/7.

5.3.2. CLSC - 1^{ière} région avec couverture régionale

La région de l'Outaouais étant le berceau des CLSC, première région où les CLSC ont couvert tout le territoire. Il est évident que ces CLSC avaient une certaine notoriété, au

sein du réseau provincial, du moins à cause de leur ancienneté. Ces CLSC avaient eu le temps de s'implanter, de réfléchir, de se questionner.

Au niveau du réseau, on était déjà connu, on était déjà reconnu par les autres établissements. On existait. On a réussi à développer une certaine reconnaissance des autres établissements. (J)

5.3.3. Présidences à la Fédération des CLSC du Québec

Le fort leadership naturel de deux des directeurs généraux de CLSC de la région, choisis comme Présidents de la Fédération des CLSC, a facilité une certaine complicité et rapprochement avec la Fédération et sa vision. En étant près des informations nouvelles, en étant près du MSSS par le biais de la Fédération, ces directeurs généraux étaient sensibilisés aux positions gouvernementales et avaient accès aux informations concernant les orientations futures du réseau des CLSC. Leur position stratégique était excellente pour favoriser des actions tangibles de consolidation du réseau des CLSC. Leur leadership régional a favorisé la réalisation de ces actions de consolidation.

5.3.4. La Fédération des CLSC entérine A/C 24/7

En effet, lorsque la Fédération des CLSC a bonifié cette initiative de la part des CLSC de l'Outaouais, que la

Fédération a publicisé les prémisses du concept et retenu le modèle de l'Outaouais comme étant un exemple à suivre, la notoriété de l'Accessibilité Continue fut accrue.

Les ministres de la santé et des services sociaux notamment Mme Lavoie-Roux et M. Côté avaient déjà visité la centrale Info-Santé de Québec et y voyaient une avenue intéressante à exploiter. Leur soutien au projet avait d'ailleurs été maintes fois mentionné soit dans des écrits ou par le renouvellement des budgets.

La réforme a également favorisé la consécration du concept A/C. En recommandant l'implantation de centrales d'information 24/7 dans toutes les régions du Québec et en identifiant les CLSC comme établissements de services de première ligne, le ministre a reconnu la pertinence du modèle de la région de l'Outaouais.

5.4. Raisonnement stratégique

5.4.1 Stratégies au niveau provincial/central

Le MSSS comme acteur stratégique:

Le MSSS devait régler ses problèmes d'érosion de clientèle avec toutes les conséquences qui s'ensuivaient.

Les gens s'étaient aperçus qu'il n'y avait pas beaucoup de services de santé que les gens utilisaient de ce côté-ci de la rivière. Il y avait moins d'argent mais les gens disaient que si les gens consomment plus de notre côté, ça va générer une demande. On pourra mieux s'équiper au niveau médical. (N)

Le MSSS regardait ce qui se passait en terme d'expériences. C'est ainsi que chaque ministre en poste a visité un ou plusieurs des modèles organisationnels Info-Santé.

Le MSSS, par l'intermédiaire du CRSSS, gardait le contrôle sur les ressources financières. Les budgets devaient servir l'objectif du rapatriement. L'interlocuteur exprime ainsi cette règle: *"Accessibilité continue était un budget protégé."* (N)

5.4.2 Stratégies au niveau régional

Le CRSSS comme acteur stratégique:

Le projet d'avoir le CRSSS, dispensateur de services, n'était pas accueilli favorablement par les établissements de l'Outaouais. De plus, ce n'était pas un CLSC qui demandait cette structure organisationnelle; c'était les 9 CLSC ensemble. Il ne restait au CRSSS que de conserver son pouvoir au niveau administratif.

Sur le comité aviseur, la Régie n'était pas là mais la régie gardait des rôles en terme d'évaluation, en termes de données statistiques, de façon à monter les données, ce qui est tout à fait correct parce que c'est un corps administratif, c'est un corps qui a des responsabilités de rendre des comptes. (H)

Ça permettait quand même au CRSSS de recevoir les statistiques, de faire l'évaluation du programme, d'autoriser les budgets. Le CRSSS était toujours présent quand même. (N)

Les établissements/leur personnel comme acteurs stratégiques:

La stratégie des établissements, notamment les CH et les cliniques privées, était de soutenir l'initiative des CLSC, car ainsi, un service était donné, une couverture 24/7 était assurée et ce, sans ajout des ressources monétaires supplémentaires.

Et dans les départements d'hôpital également, les gens ne répondaient plus mais disaient: appelez votre CLSC. (H)

On a une chose qui est anti-marketing. Est-ce que ça vous arrive que vos concurrents d'auparavant deviennent vos alliés pour vous envoyer votre clientèle. Ça se produit chez nous. (H)

Ça permet de libérer l'urgence pour sa vraie vocation. (N)

La stratégie des **médecins** était de veiller à ce que leur champ professionnel ne soit pas atteint et que leurs clientèles ne soient pas dirigées vers un autre réseau. Leur stratégie consistait à vérifier la crédibilité d'Accessibilité Continue et le respect des champs professionnels. Par des

appels simulant des situations problématiques, ils purent vérifier ces deux éléments du même coup.

Il y a les médecins qui ont appelé pour tester la réponse. Maintenant, on a un système de fiches nursing qui est "fullproof". Ça a été monté par des infirmières et des médecins alors ... (I)

Il y a eu des tests par des médecins et ça s'est avéré tout à fait correct. Ils ont testé le système et je pense qu'ils n'ont pas été capables de rien dire contre le système. Au contraire, ils ont vu que le système leur retournait leurs clients à eux, leur donnait des conseils nursing pendant qu'eux n'étaient pas là et on retournait les clients. Ils se sont sentis sécurisés avec cela. (H)

La stratégie des infirmières des hôpitaux était d'utiliser le service d'Accessibilité continue afin de se libérer des appels qui ne faisaient qu'encombrer l'exécution de leurs tâches.

Les premières années, le nombre de téléphones avait chuté de façon très significative à l'hôpital. (I)

La pédiatrie du CH ne répond plus comme avant. Ils donnaient beaucoup de conseils. Ils les orientent tous au CLSC sauf certains cas particuliers. (N)

Les 9 CLSC de la région comme acteurs stratégiques:

Les 9 CLSC de la région avaient comme stratégie l'obligation de s'unir harmonieusement. Ils y réussirent d'ailleurs. Ainsi en faisant front commun, ils ont pu faire face à la machine centrale et régionale; ont su conserver leur

équilibre en maintenant les communications, en nommant des représentants au sein de comités conseils. Leur stratégie reposait sur l'harmonisation, l'uniformisation et la communication. En synchronisant les 9 CLSC au niveau des opérations d'accueil, d'évaluation et d'orientation, et en veillant à ce que les règles d'équité soient respectées, les CLSC se protégeaient contre la centrale et contre la Régie.

Les 9 CLSC, on disait: Nous, on va présenter un projet ensemble un peu pour contrer, ou contrebalancer celui de la Régie. (J)

Tous les CLSC ont acheté les fiches et tout le concept de l'Info-Santé, on ne l'a pas vu comme étant un peu une centrale. On l'a vu comme étant les 9 CLSC ensemble. (H)

Au début, chaque CLSC, il y a eu d'abord, harmonisation des accueils i.e. que tous les CLSC se sont concertés pour donner, au moins minimalement, des services d'accueil sur place ... entre 8h30 et 21h00 donc ça permettait une certaine uniformité au niveau de la région. (N)

Une fois Accessibilité continue implantée, ce fut de se doter de mécanismes de concertation, de collaboration pour que ça fonctionne toujours et qu'on puisse corriger, réajuster, évaluer, à mesure parce que c'était quand même nouveau. (N)

On avait tellement reproché aux CLSC leur manque d'accessibilité, car les CLSC n'étaient ouverts, pour la plupart, que de 8 à 4. Même la ministre du temps utilisait cet argument lorsqu'elle songeait à abolir le réseau des CLSC. La stratégie était donc d'améliorer l'accessibilité. Les D.G. des CLSC s'unirent donc dans cet objectif d'accessibilité.

"L'ensemble des D.G. c'était notre objectif d'ouvrir les CLSC pour qu'ils soient accessibles." (H)

Mais il y avait encore du travail à faire au niveau de la population. Une campagne de marketing fut lancée afin de faire connaître les CLSC aux populations et leurs nouvelles heures d'ouverture.

Chacun on fait notre promotion et la connaissance de l'existence du service. La publicité se fait de bouche à oreille. (J)

Et la campagne de marketing qu'on a fait a évidemment augmenté la notoriété des CLSC. (I)

5.4.3 Stratégies au niveau local

Le CLSC de Hull comme acteur stratégique:

Le CLSC de Hull avait plusieurs responsabilités vis-à-vis le concept. Il était l'hôte et le responsable d'un modèle nouveau dans la région et dans la province. Ces stratégies ont été des stratégies d'association, d'implantation et de consolidation. Si le premier niveau de contrôle réside dans le contrôle des ressources, le CLSC de Hull a réussi à intégrer l'Accessibilité continue à la direction des services courants et facilité l'intégration des budgets à ceux du CLSC de Hull.

Les budgets viennent d'être intégrés dans nos bases budgétaires uniquement depuis le 1er avril 1992 avec la nouvelle année financière. Avant cela, ils étaient en fiducie au Conseil régional. (I)

On a intégré à l'intérieur des services courants l'accessibilité continue, car on sait que l'accessibilité continue est un peu la prolongation des services de CLSC mais en rationalisant les coûts. (N)

Lors de la réorganisation interne au CLSC de Hull, des changements d'horaires de travail s'imposaient impliquant des négociations avec le syndicat. La stratégie du CLSC a été d'unir les syndicats dans ses projets.

La première entente avec le syndicat a été: Comment voulez-vous procéder? Qu'est-ce que vous aimez le mieux? Une ouverture des postes "at large" donc tout le monde bouge ou seulement les gens qui sont concernés par les postes qui changent de place. (N)

Chaque syndicat a fait ses ententes locales. (N)

Lorsque le premier directeur général du CLSC de Hull fut mûté, une certaine inquiétude régnait quant à la continuité de philosophie prônée et défendue par le premier D.G. Afin d'assurer la continuité, le CA a décidé d'engager un D.G. de CLSC de la région qui avait déjà adhéré à la philosophie d'accessibilité continue.

Le nouveau D.G. avait suivi le dossier comme tout le monde et c'était quelqu'un qui croyait beaucoup à l'Accessibilité continue... a vécu dans l'historique. (N)

Accessibilité Continue comme acteur stratégique:

Face aux médecins, aux cliniques privées, l'organisation Accessibilité Continue avait à s'adapter. En effet, elle devait employer une stratégie de respect des structures déjà implantées. Par la même occasion, elle se protégeait elle-même des ripostes. L'harmonisation ne s'arrête pas au réseau des CLSC. L'harmonisation devait également inclure les autres établissements qui l'avaient appuyé lors de débat de l'octroi des budgets de rapatriement.

On est ici à Hull, avec des cliniques privées tout le tour. Faut s'adapter. (I)

On oriente plus vers les cliniques privées, vers le médecin de famille. Ça permet de libérer l'urgence pour sa vraie vocation. (N)

Accessibilité Continue était, au départ, rattaché au CLSC de Hull. La gestion était la responsabilité de Hull; les budgets étaient en fiducie au CRSSS, un comité aviseur agissait à titre de comité conseil et tous les CLSC étaient reliés à l'organisation Info-Santé et à la centrale. Il était donc important, au début, afin de ne pas empiéter sur le territoire d'une organisation ou l'autre, de bien distinguer les deux structures organisationnelles.

On se donne toujours des périodes de réflexion; d'ailleurs le comité aviseur nous aide beaucoup là-dessus. Je pense qu'on donne une certaine

importance à la planification peut-être parce que c'est très difficile la planification idéale. (N)

D'abord, il y a comme deux choses: le CLSC de Hull et l'Accessibilité continue des CLSC. (N)

Le calibre du personnel était très important autant pour la crédibilité de l'organisation que pour la protection du personnel infirmier qui effectuait des tâches devant respecter les limites des champs professionnels nursing et médical.

La stratégie des **infirmières** était de s'appuyer sur les outils validés d'Info-Santé Québec et de référer les clients aux médecins. La stratégie des infirmières s'appuyait sur l'expérience d'Info-Santé, Québec.

Le scénario organisationnel propre au modèle des CLSC de la région de Hull/Gatineau favorise l'émergence de similitudes avec les organisations Info-Santé de Québec et de Trois-Rivières. En effet, les jeux et enjeux entre différents groupes professionnels sont presque les mêmes. Ce qui est encore plus intéressant en ce qui concerne le système de Hull, c'est que ce modèle favorise non seulement un groupe d'acteurs mais également un groupe d'établissements qui, jusqu'à date, avait peu réagi face à son mandat d'établissement de première ligne.

L'organisation Accessibilité Continue de la région de l'Outaouais offre ponctuellement des services d'information en ce qui a trait au volet social. Accessibilité Continue n'offre pas de services préventifs ou curatifs au niveau social. Toutefois, lors de nos rencontres, les administrateurs du service évaluaient cette possibilité.

Le volet social est à explorer.... On est juste à la collecte de données pour voir le besoin. (N)

On me disait qu'il y avait des besoins clairs (volet social) là-dedans et c'est clair que les problèmes psychosociaux arrivent de nuit. (H)

Pas de système d'écoute. C'est du conseil. Il (service Accessibilité Continue) devrait être global au niveau santé et psychosocial. (H)

Nous mettrons maintenant en évidence, dans le prochain chapitre, les systèmes d'actions concrets de ces trois systèmes d'action concrets ainsi que les règles s'y rattachant.

VI

SYNTHESE

6. SYNTHESE

Le chapitre six nous amène vers une synthèse mettant en évidence trois systèmes d'action concrets/sujets d'étude soit celui de l'organisation Info-Santé du Québec métropolitain, celui de l'organisation Info-Santé/Info-social de Trois-Rivières et celui de l'organisation Accessibilité Continue 24/7 de Hull.

Lors de notre analyse, des modifications sont apparues concernant certaines règles. Ces règles, régisseurs des limites des systèmes d'action concrets, se sont modifiées au fil des années et ont contribué aux changements qui se sont produits dans le réseau socio-sanitaire québécois.

Info-Santé a eu un effet sur l'organisation du travail, sur l'attribution des tâches/responsabilités de certains acteurs et sur certains pouvoirs détenus par ces acteurs. Et puisqu'il y a eu enrichissement de tâches et modifications au niveau du pouvoir entre certains acteurs/groupes professionnels agissant à l'intérieur d'établissements, des catégories d'établissements ont dû réagir vis-à-vis de nouvelles responsabilités, des pouvoirs accrus. Les modifications se sont donc effectuées entre une catégorie d'établissement, un groupe professionnel et une autre catégorie d'établissement, un autre groupe professionnel.

Ce phénomène de partage de pouvoir fut perceptible en analysant en parallèle les trois modèles organisationnels d'Info-Santé, chacun membre actif d'un système socio-sanitaire qui lui est propre.

Comme vous pourrez le constater, tous les systèmes d'action concrets ont été définis par l'analyse des jeux, des enjeux, des stratégies, des règles, des structures et des acteurs.

Avant de conclure l'analyse, le tableau qui suit présente une récapitulation des positions de chacun des acteurs stratégiques.

ACTEUR:	MÉDECINS
ENJEUX:	Respect des limites des champs professionnels. Maintien des clientèles.
STRATÉGIES:	Effectuer des tests sur le service Info-Santé. Valider les outils.
POUVOIRS:	Monopole de droit et de fait sur une série d'actes médicaux.

ACTEUR:	PERSONNEL INFIRMIER
ENJEUX:	Enrichissement des tâches.
STRATÉGIES:	Créer des outils irréfutables.
POUVOIRS:	Pouvoirs dévolus par leur champ professionnel.

- ACTEUR:** CENTRES HOSPITALIERS
- ENJEUX:** Désengorgement des hôpitaux et diminution d'achalandage sans responsabilité financière additionnelle.
- STRATÉGIES:** Soutenir le service Info-Santé en dirigeant les appels téléphoniques de l'urgence vers le service Info-Santé.
- POUVOIRS:** Pouvoirs de référence des clientèles.
-
- ACTEUR:** CLSC
- ENJEUX:** Amélioration de la position des CLSC dans le réseau.
Renforcement de la fonction de services de première ligne dans les CLSC.
- STRATÉGIES:** Incorporer le service Info-Santé dans les CLSC.
Acquérir des budgets additionnels.
- POUVOIRS:** Pouvoirs d'établissements de services de première ligne.

6.1 Transformation du système d'action concret d'Info-Santé de la région du Québec métropolitain

Avant Info-Santé

Le système d'action concret du réseau socio-sanitaire du Québec métropolitain a subi quelques transformations depuis la

venue d'Info-Santé. En effet, cette région fut la première à vivre les conséquences de l'implantation d'un modèle organisationnel basé sur le rapprochement du citoyen, l'information et l'accessibilité au réseau 24 heures sur 24, 7 jours par semaine; le tout effectué par voie téléphonique.

Avant Info-Santé, la population désirant recevoir des services du réseau socio-sanitaire de la région entraînait directement en contact avec les établissements:

- le centre hospitalier, par l'entremise de son urgence, surtout hors des heures régulières d'ouverture des établissements du réseau, répondait à tous les besoins de nature santé et souvent aux besoins de nature sociale;
- les CLSC implantés dans chaque secteur mais qui, pour la plupart, n'étaient ouverts que de 9 à 5;
- le CSS qui desservait principalement les clientèles de 0 à 18 (Protection de la Jeunesse);
- les multiples organisations sans but lucratif appelées OSBL. Ces dernières, en grand nombre, répondaient à des problématiques très spécifiques qui, la plupart du temps, étaient de nature sociale.

En fait, selon le problème du client, son âge, son secteur, l'heure, ces portes d'entrée du réseau étaient les plus utilisées. Encore fallait-il que le client sache où s'adresser! Par habitude, la plupart des clients se

présentaient à l'urgence des hôpitaux et de là, les patients étaient pris en charge ou référés. Conséquemment, de fréquents engorgements des urgences se produisaient.

Le centre hospitalier était la principale organisation offrant des services de première ligne "24/7". Les OSBL offraient également des services de première ligne "24/7" surtout pour les problèmes de nature sociale.

Dans les urgences des hôpitaux (CH), les médecins effectuaient les diagnostics régis par les limites du champ médical et le personnel infirmier fournissait l'information aux clientèles en besoin de renseignements ou de services³⁴.

Chaque fois que les urgences étaient engorgées, les réactions s'ensuivaient. Les populations, offensées par les "hospitalisations de corridor" exigeaient que la situation se résorbe. Les directions d'hôpitaux faisaient ainsi le bilan: par mesure de compression budgétaire, des lits étaient fermés ce qui provoquait une pénurie de lits disponibles sur les étages. Les administrateurs des centres hospitaliers ainsi que les médecins dénonçaient le manque de ressources financières comme étant la source des problèmes.

³⁴Il est certain que d'autres tâches étaient exécutées par les médecins et le personnel infirmier des urgences des CH mais dans le cadre de cette étude, nous ne faisons allusion qu'aux tâches relatives à Info-Santé.

Des pressions étaient alors effectuées sur le MSSS par la population, les médecins et les gestionnaires des CH afin que quelque chose soit fait. La façon la plus rapide de résoudre le problème était d'injecter, dans l'hôpital problématique, de nouvelles sommes monétaires. Mais ces injections monétaires ne résorbaient en rien le problème. La solution demeurerait une solution de court terme.

La gestion d'Info-Santé était assurée par le Conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSS-03) et le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) était l'organisation intervenant au niveau politique.

POPULATION -----> SYSTEME -POLITIQUE ----> MSSS

SOCIO- -ADMINISTRATIF ----> CRSSS-REGIE

SANITAIRE -PRODUCTEUR (A)-CH -----> MÉDECINS (DIAGNOSTIC)
-----> INFIRMIÈRES

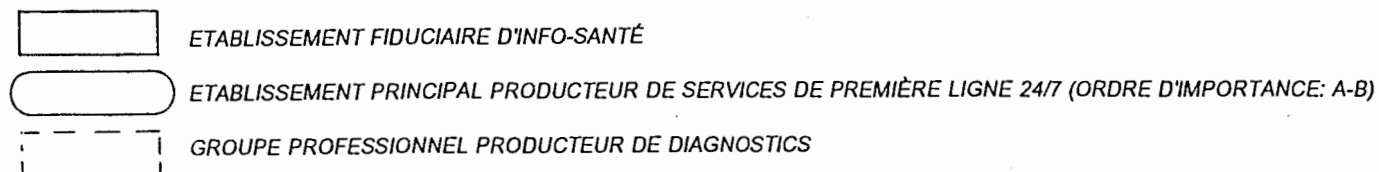
DE -CLSC

SERVICES -CSS

(B)-OSBL

ENGORGEMENT DES URGENCES DES CH -----> ACTEURS EN RÉACTION/JEUX
DIRECTIONS DE CH
MÉDECINS
POPULATION -----> PRESSION SUR MSSS -----> FINANCEMENT ADDITIONNEL AUX CH

LÉGENDE



Après Info-Santé

Info-Santé devient l'instance principale où est diffusée de l'information concernant la santé. Info-Santé constitue ainsi un service de première ligne "24/7" en matière de santé. Quant aux centres hospitaliers établis dans cette région, leur rôle de diffuseurs de services de première ligne est allégé. Les OSBL continuent de jouer leur rôle de producteurs de services de première ligne de nature sociale.

Le personnel infirmier des urgences des CH refère maintenant à Info-Santé tous les appels téléphoniques concernant diverses informations. De toute façon la population est éduquée à cet égard et appelle directement à Info-Santé. Ainsi, le nombre d'appels téléphoniques aux urgences des centres hospitaliers a sensiblement diminué. Malheureusement, aucune étude ne peut bonifier cette déclaration sauf que suite à des contacts téléphoniques effectués dans les principaux hôpitaux du Québec métropolitain, le personnel des départements d'urgence a été unanime à remarquer une diminution des appels téléphoniques.

Dans les urgences, les médecins des centres hospitaliers continuent à effectuer des diagnostics médicaux. Quant à Info-Santé, le personnel infirmier divulgue non seulement de l'information mais effectue également des "diagnostics

nursing" régis par les limites de leur champ professionnel. Info-Santé répond à plusieurs besoins en matière de santé. Les OSBL continuent à combler les besoins de nature sociale.

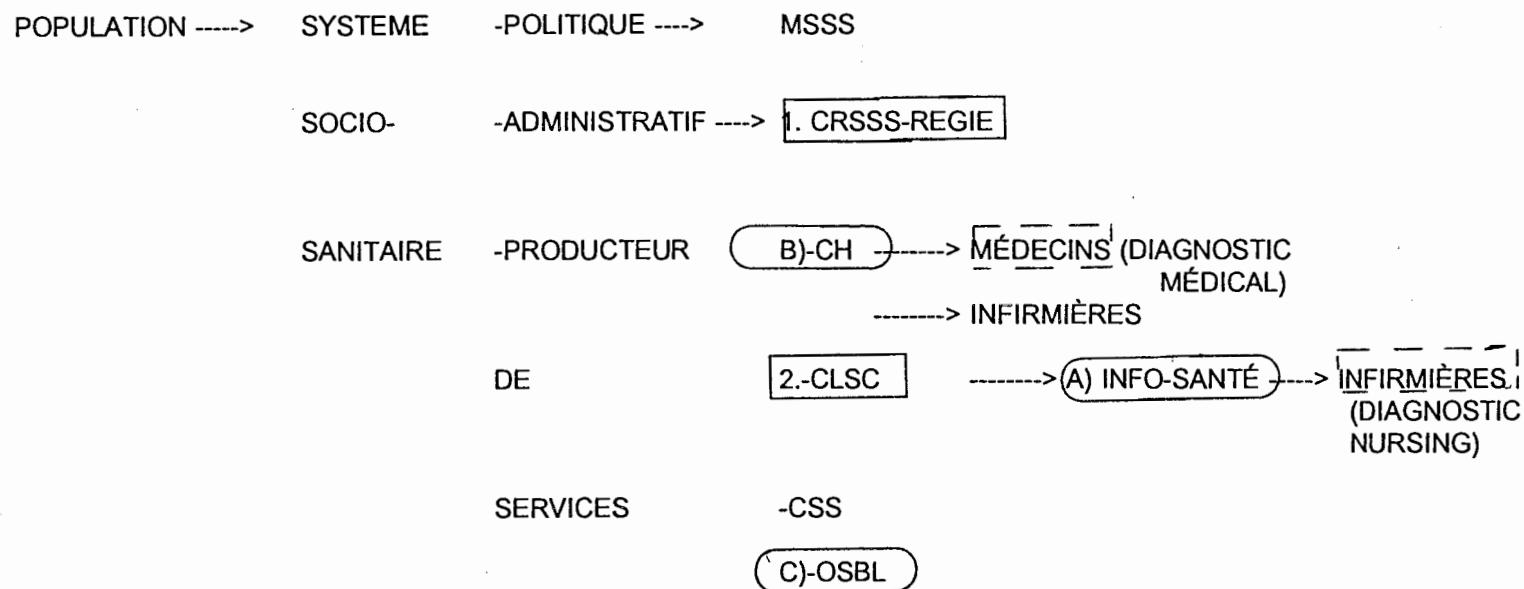
Les médecins ont toujours effectué les tâches de diagnostic. La tâche du diagnostic est maintenant partagée et régie par les limites de deux champs professionnels: "diagnostic nursing" rendu par le personnel infirmier d'Info-Santé et le diagnostic médical qui continue d'être l'exclusivité des médecins.

Auparavant, la porte d'entrée du système socio-sanitaire était, plus souvent qu'autrement, le centre hospitalier. Dorénavant, c'est le CLSC qui devient la porte d'entrée du système. Le CLSC est également l'organisation responsable des services de première ligne et l'hôte privilégié des organisations Info-Santé. Info-Santé réfère les clientèles aux bons organismes soit au CH, au CSS, au CLSC ou aux OSBL, etc. Le CSS continue à jouer son rôle envers les jeunes de 0 à 18 ans.

Depuis Info-Santé, le MSSS est toujours l'organisme dont le rôle est principalement situé au niveau politique. Le CRSSS est devenu, en 1991, une Régie de la santé et des services sociaux. Durant les huit (8) premières années, Info-santé,

organisme producteur de services faisait partie de la structure administrative régionale qu'était le CRSSS.

Le gouvernement a donné le mandat d'Info-Santé à un CRSSS car le CRSSS est directement sous la responsabilité de l'État. En demandant à un CRSSS d'assumer la responsabilité de la gestion d'Info-santé, les relations entre le CRSSS et le gouvernement étaient effectuées sans autre intermédiaire. Maintenant que la structure est assez solide, l'État remet Info-Santé aux CLSC. Le transfert d'Info-Santé vers le CLSC de Haute-Ville fut effectué en octobre 1993.

SYSTÈME D'ACTION CONCRET DU QUÉBEC METROPOLITAIN

 DIMINUTION DES APPELS TÉLÉPHONIQUES À L'URGENCE DES CH

LÉGENDE

- ETABLISSEMENT FIDUCIAIRE D'INFO-SANTÉ (ORDRE CHRONOLOGIQUE; 1-2)
- ETABLISSEMENT PRINCIPAL PRODUCTEUR DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE 24/7 (ORDRE D'IMPORTANCE: A-B-C))
- GROUPE PROFESSIONNEL PRODUCTEUR DE DIAGNOSTICS

6.2 Transformation du système d'action concret de Trois-Rivières

La situation concernant Trois-Rivières est très intéressante car la couverture du volet social "24/7" a fait partie du modèle organisationnel d'Info-Santé dès le début.

Le système d'action concret de Trois-Rivières est différent des systèmes formels car la délimitation de la région administrative de Trois-Rivières est mal adaptée à la réalité géographique. En effet, les populations de cette région ont une appartenance à deux régions distinctes: soit la région de la rive nord ou celle de la rive sud.

Avant Info-Santé/Info-social

Avant qu'Info-Santé/Info-social ne soit implanté dans la région de Trois-Rivières, la porte d'entrée du système socio-sanitaire régional était les urgences des centres hospitaliers. Les centres hospitaliers étaient les établissements où les services de première ligne étaient diffusés "24/7". Une équipe multi disciplinaire appelée équipe multi s'occupait, à l'intérieur des urgences des centres hospitaliers, de référer les clients vers les établissements appropriés surtout lors d'engorgements.

L'équipe multidisciplinaire relevait toutefois d'un CLSC et le Centre de crise était rattaché à un autre CLSC.

Les médecins effectuaient les diagnostics médicaux et les infirmières des urgences répondaient aux informations émanant des appels téléphoniques.³⁵ La situation était sensiblement la même que dans la région de Québec.

Les mêmes catégories d'établissements qu'à Québec soit le CH, les CLSC, le CSS et les OSBL (en nombre beaucoup plus restreint donc avec une gamme de spécificités beaucoup plus restreinte) étaient producteurs de services. Comme à Québec, selon le problème, l'âge, le secteur et l'heure, ces établissements étaient les plus utilisés. Le CH étant la seule instance desservant la population en matière de services de première ligne "24/7", la plupart des clientèles se présentaient à l'urgence des hôpitaux et de là, les patients étaient pris en charge ou référés soit par les médecins, le personnel infirmier ou l'équipe multi.

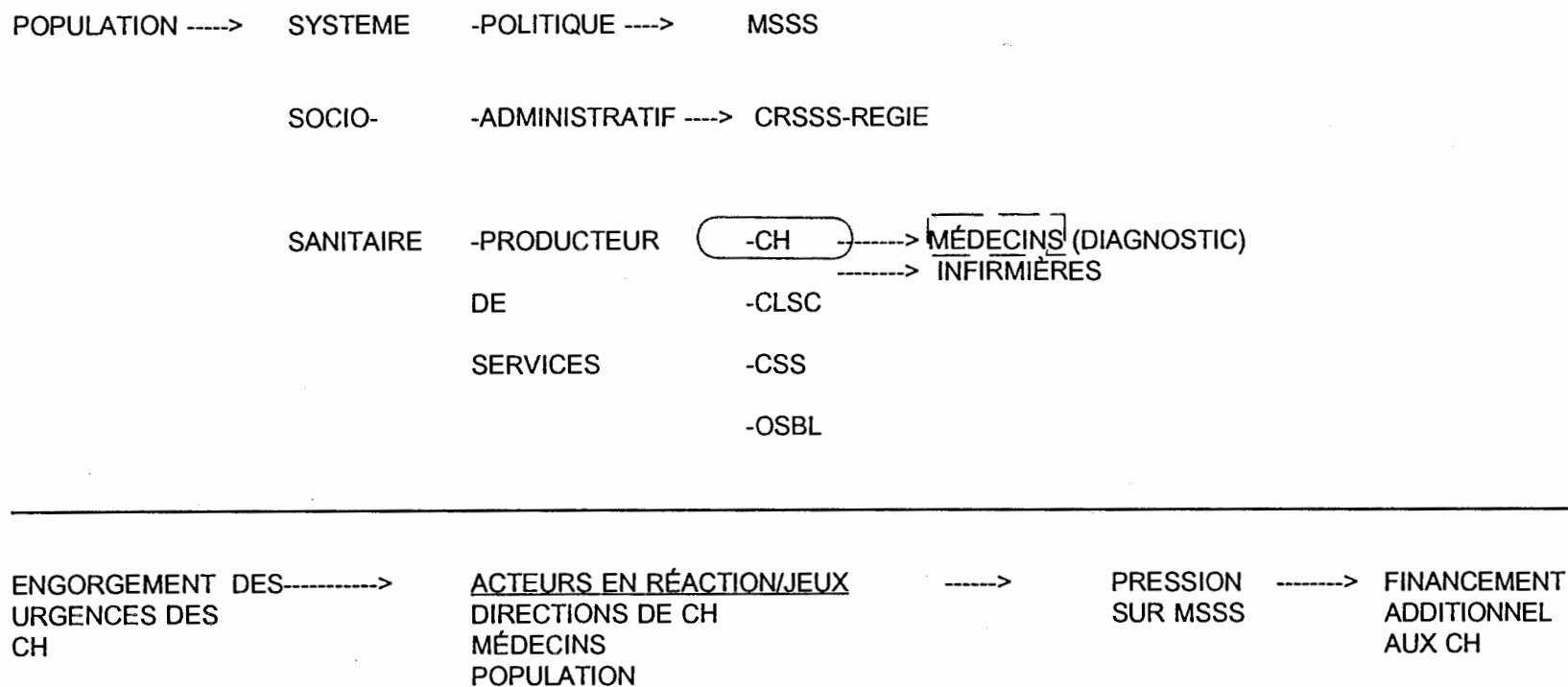
Chaque fois que les urgences étaient engorgées, même scénario qu'à Québec: engorgement, réactions, pressions et

³⁵Il est certain que d'autres tâches étaient exécutées par les médecins et le personnel infirmier des urgences des CH mais dans le cadre de cette étude, nous ne faisons allusion qu'aux tâches relatives à Info-Santé.

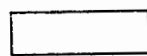
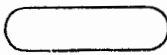

ajout de ressource monétaire. Et le problème se résorbait temporairement.

Le MSSS était l'instance au niveau central et formulait les politiques concernant le réseau socio-sanitaire de la région. Le CRSSS était responsable du volet administratif du réseau régional.

SYSTÈME D'ACTION CONCRET DE TROIS-RIVIÈRES



LÉGENDE

-  ETABLISSEMENT FIDUCIAIRE D'INFO-SANTÉ
-  ETABLISSEMENT PRINCIPAL PRODUCTEUR DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE 24/7
-  GROUPE PROFESSIONNEL PRODUCTEUR DE DIAGNOSTICS

Depuis Info-Santé/Info-social

Depuis la venue d'Info-Santé/Info-social, dans la région de Trois-Rivières, la couverture des problèmes de nature sociale s'est élargie. Non seulement, la population a-t-elle une nouvelle ressource pour répondre à ses besoins d'information, de référence et de diagnostic nursing, elle bénéficie en plus d'un support social 24/7 ce qui existait relativement peu dans le passé.

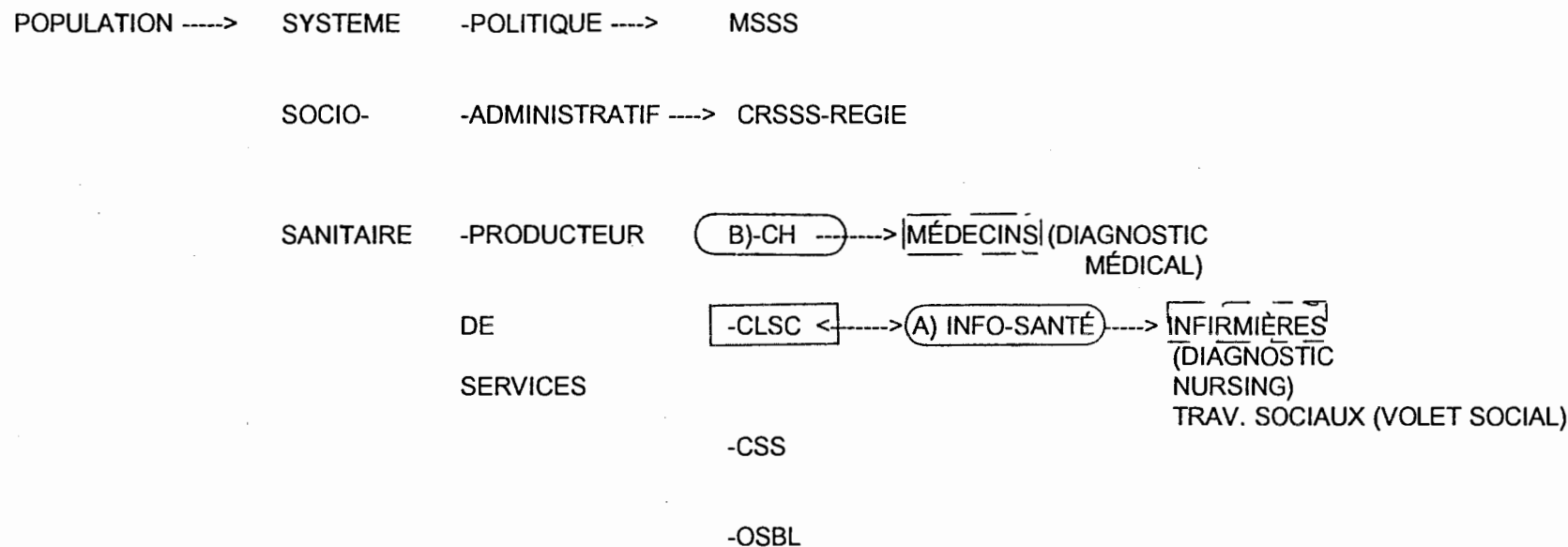
En effet, depuis Info-Santé/Info-Social, cette organisation est devenue l'instance de services de première ligne 24/7 et le CLSC est maintenant la porte d'entrée du réseau socio-sanitaire régional. Le CH joue un rôle de producteur de services de première ligne 24/7 mais ses activités, dans ce sens, sont maintenant partagées. Les appels téléphoniques exigeant des réponses de services de première ligne sont référés à Info-Santé/Info-Social ce qui a sensiblement diminué le nombre d'appels à l'urgence des CH.

Les infirmières d'Info-Santé/Info-Social accomplissent des tâches qui antécédemment, n'étaient effectuées que par des médecins. Le diagnostic médical est toujours du domaine médical mais le personnel infirmier d'Info-Santé/Info-Social effectue maintenant des diagnostics nursing et n'oublions pas,

les travailleurs sociaux répondent aux problématiques sociales
24/7.

Les rôles, en ce qui concerne le MSSS et la Régie (CRSSS)
n'ont pas changé depuis l'avènement d'Info-Santé/Info-social
dans la région.

SYSTÈME D'ACTION CONCRET DE TROIS-RIVIÈRES

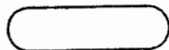


DIMINUTION DES APPELS TÉLÉPHONIQUES À L'URGENCE DES CH

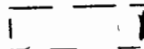
LÉGENDE



ETABLISSEMENT FIDUCIAIRE D'INFO-SANTÉ



ETABLISSEMENT PRINCIPAL PRODUCTEUR DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE 24/7 (ORDRE D'IMPORTANCE: A-B)



GRUPE PROFESSIONNEL PRODUCTEUR DE DIAGNOSTICS

6.3 Transformation du système d'action concret de Hull

Le contexte entourant Hull est un peu différent des régions de Québec et de Trois-Rivières. En effet, la proximité du réseau socio-sanitaire ontarien avait des impacts importants sur la région de Hull. Le modèle de Hull repose sur les CLSC, couvre toute la région et fut entériné par la Fédération des CLSC du Québec.

Avant "Accessibilité Continue 24/7"

Le système socio-sanitaire s'était bien peu développé dans la région de Hull/Gatineau car l'Ontario, et plus particulièrement l'hôpital d'Ottawa, offraient déjà les services requis par les populations de l'Ontario et de Hull/Gatineau. Toutefois, cette situation ne favorisait guère le secteur québécois. A cause de l'érosion des clientèles vers les services ontariens, cette région du Québec souffrait d'une pénurie d'effectifs médicaux. Les médecins se faisaient rares et le nombre d'établissements ainsi que les équipements étaient largement insuffisants. De plus, le coût des actes médicaux ontariens était supérieur au coût des actes médicaux québécois. Et que dire de l'énorme comptabilité à tenir ainsi que de l'impossibilité d'effectuer des prévisions budgétaires! Il fallait trouver un moyen pour améliorer les services de la santé et services sociaux dans cette région.

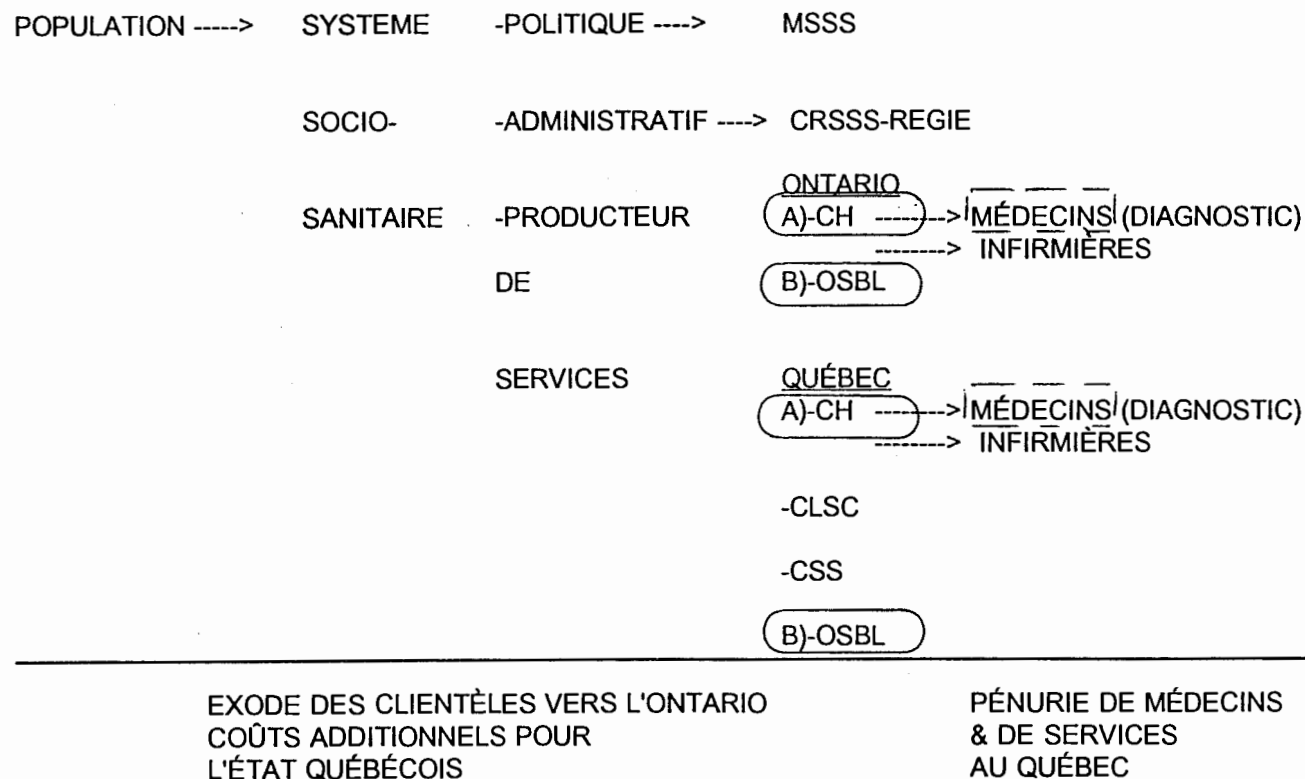
Le MSSS était l'instance centrale et le CRSSS était l'instance intermédiaire entre le MSSS et les établissements.

Les Centres hospitaliers du Québec et de l'Ontario rendaient à la population québécoise, des services de première ligne 24/7. Les services de première ligne 24/7 de nature sociale étaient surtout rendus par les OSBL des deux régions.

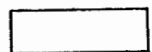
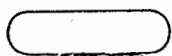
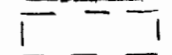
Les médecins des CH (Ontario et Québec) prononçaient les diagnostics médicaux. Le personnel infirmier des urgences des CH répondait aux appels téléphoniques de première ligne.³⁶

³⁶Il est certain que d'autres tâches étaient exécutées par les médecins et le personnel infirmier des urgences des CH mais dans le cadre de cette étude, nous ne faisons allusion qu'aux tâches relatives à Info-Santé.

SYSTÈME D'ACTION CONCRET DE HULL



LÉGENDE

-  ETABLISSEMENT FIDUCIAIRE D'INFO-SANTÉ
-  ETABLISSEMENT PRINCIPAL PRODUCTEUR DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE 24/7 (ORDRE D'IMPORTANCE: A-B)
-  GROUPE PROFESSIONNEL PRODUCTEUR DE DIAGNOSTICS

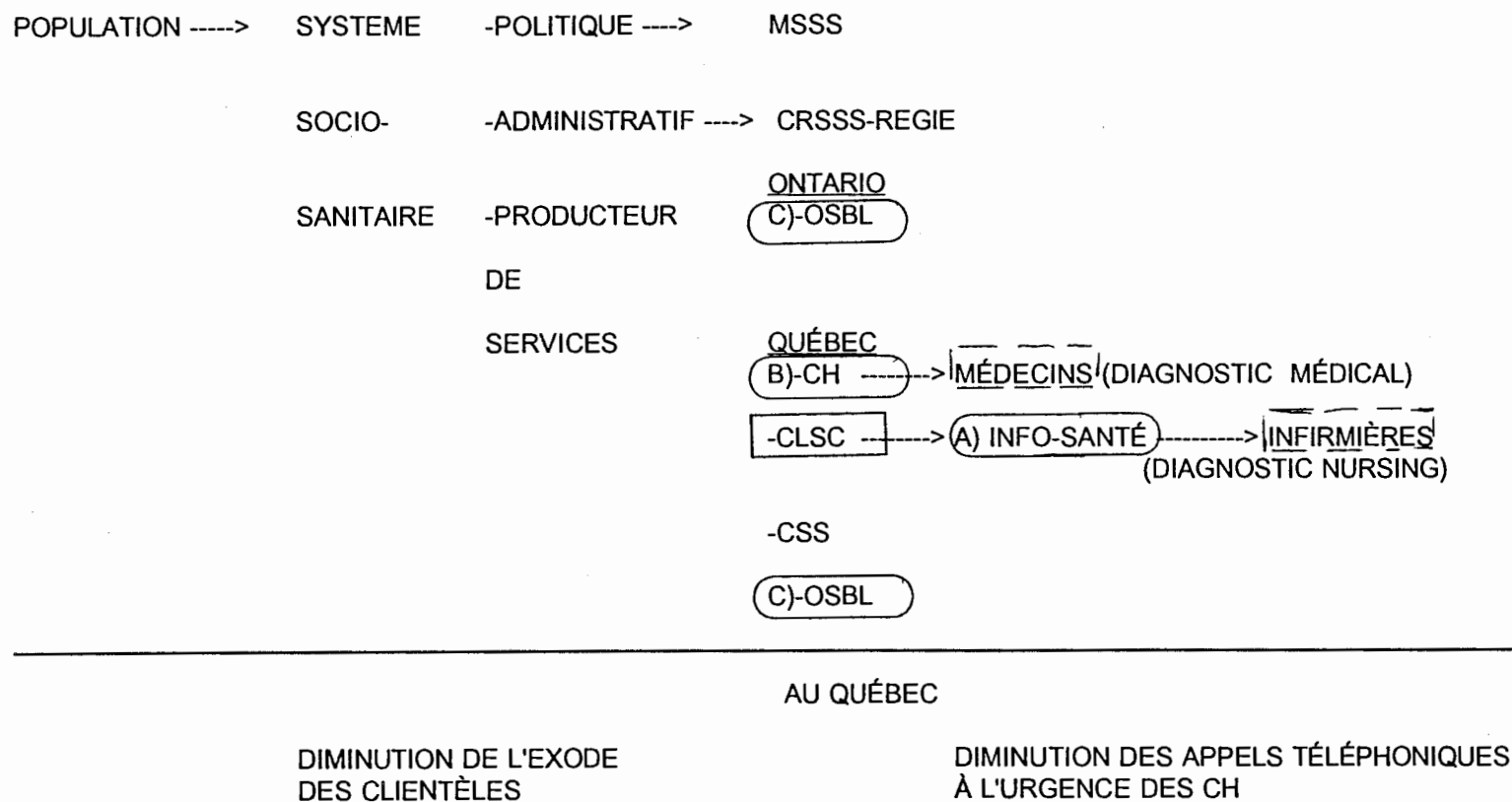
Depuis "Accessibilité Continue 24/7"

Accessibilité Continue s'appuie uniquement sur le réseau des CLSC de toute la région. Ce service est devenu un élément-clé dans le mouvement des CLSC visant à confirmer leur rôle d'organisations de services de première ligne.

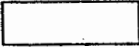
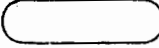

Grâce à Accessibilité Continue, les CLSC de toute la région ont vraiment pris leur place au sein du réseau socio-sanitaire de la région. Le personnel infirmier d'Accessibilité Continue prodigue des "diagnostics nursing" tandis que les médecins d'Ontario et du Québec continuent de prodiguer des diagnostics médicaux. Il y a beaucoup moins d'exode des clientèles vers l'Ontario puisque des mesures ont été instaurées afin de rapatrier la clientèle; mentionnons la construction de nouveaux hôpitaux, l'amélioration des équipements et la venue d'un service Info-Santé appelé Accessibilité Continue.

Ce sont surtout les OSBL d'Ontario et du Québec qui continuent de jouer leur rôle de services de première ligne "24/7" toujours et surtout au niveau social. Le nombre de spécificités sociales desservies est relativement grand.

Le MSSS et la Régie continuent de jouer leurs rôles respectifs.

SYSTÈME D'ACTION CONCRET DE HULL

LÉGENDE

-  ETABLISSEMENT FIDUCIAIRE D'INFO-SANTÉ
-  ETABLISSEMENT PRINCIPAL PRODUCTEUR DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE 24/7 (ORDRE D'IMPORTANCE: A-B-C)
-  GROUPE PROFESSIONNEL PRODUCTEUR DE DIAGNOSTICS

6.4 Transformation du système d'action concret du réseau québécois de la santé et des services sociaux

Comme nous avons pu le déceler dans les trois systèmes d'action concrets, il y a eu partage de certains pouvoirs, accroissement de certaines responsabilités qui se sont réalisés entre les médecins et le personnel infirmier, entre les centres hospitaliers et les CLSC.

Les centres hospitaliers étaient l'instance privilégiée des services de première ligne "24/7". Depuis Info-Santé, ce sont les CLSC qui jouent ce rôle. Les centres hospitaliers rendent encore des services de première ligne mais le volume d'activités est maintenant partagé. Les OSBL, lorsqu'elles étaient présentes en grand nombre et avec maintes vocations, remplissaient les tâches de services de première ligne "24/7" en ce qui concerne le volet social.

Dans les régions où le volet social n'est pas desservi par Info-Santé, les OSBL continuent de jouer un rôle prépondérant à ce niveau. Dans les régions où les OSBL sont peu présentes, Info-Santé s'est enrichi du volet social afin de couvrir les besoins de nature sociale "24/7".

Mais là ne s'arrêtent pas les changements. Comme nous avons pu le constater, il y a eu également enrichissement des

tâches des infirmières d'Info-Santé. Les médecins étaient les uniques dispensateurs de diagnostic. Depuis la venue d'Info-Santé, les médecins continuent de rendre des diagnostics médicaux sauf que le personnel infirmier d'Info-Santé s'est doté d'outils professionnels et validés afin de rendre adéquatement des "diagnostics nursing". La profession infirmière a enrichi ses tâches et créé un nouveau champ d'activités circonscrites par l'étendue de son champ professionnel.

6.4.1 Partage de pouvoirs entre médecins et infirmiers(ères)

Le diagnostic téléphonique, nouvel outil dont les paramètres touchent deux champs professionnels, a pris un essort intéressant grâce à des initiatives de personnel infirmier.

Les infirmières actives dans les CLSC (puisque les centrales Info-Santé seront logées dans les CLSC) sont en processus d'acquisition de tâches qui n'étaient exécutées que par des médecins.

Cette règle des limites des champs professionnels est en phase de changement et les règles rattachées au système en général ont pour fonction de renforcer cette mutation.

L'optique du personnel infirmier repose sur ces prémisses:

- il y a plus d'infirmières que de médecins;
- les infirmières couvrent tous les territoires un peu comme les médecins (de campagne) l'ont fait auparavant;
- il y a de multitude fonctions qu'une infirmière peut assurer du fait de sa formation. Les capacités professionnelles d'une infirmière dépassent le simple geste de donner des piqûres ou de n'effectuer que les tâches désignées par les médecins;
- l'acte infirmier coûte beaucoup moins cher que l'acte médical;
- jadis, ce sont les infirmières qui couvraient les territoires où les médecins ne voulaient pas aller.

Les critères d'embauche pour une infirmière dans une organisation Info-Santé sont: une expérience pratique très variée, une formation universitaire de préférence et une grande autonomie face au travail à accomplir.

Le même professionnalisme a prévalu lors de la conception des outils. Chaque outil créé par du personnel infirmier fut validé à l'origine par un médecin. Aujourd'hui, ces outils continuent d'être soumis à des vérifications et mises-à-jour grâce à la collaboration de personnel infirmier s'activant dans plusieurs centrales Info-santé. L'irréfutabilité des

outils est cruciale à l'obtention et au maintien de la crédibilité du service Info-Santé.

Des actes rendus par les professionnels médicaux sont maintenant partagés avec les professionnels infirmiers tout en respectant les limites de chaque champ professionnel. Aujourd'hui, les infirmières enrichissent leurs tâches et effectuent un diagnostic santé appelé diagnostic nursing alors que les médecins continuent à prodiguer des diagnostics médicaux.

La gamme des actes professionnels associés au champ médical était déterminée par une règle de division du travail (Reynaud, 1989, p. 76). Info-Santé brise cette règle de répartition du pouvoir en favorisant le personnel infirmier qui s'accapare le droit d'effectuer des actes accomplis jusqu'alors par les acteurs du champ professionnel médical. Info-Santé, grâce au diagnostic nursing, enrichit les tâches et les responsabilités du personnel infirmier et leur confère un pouvoir accru au sein des acteurs du réseau.

Les médecins avaient le monopole sur le diagnostic. "*Le pouvoir de leur position (celle des médecins) dominante dans la hiérarchie des soins de santé leur confère un monopole de droit et de fait sur une série d'actes médicaux*" (Demers et Bégin, 1990, p.401) Le pouvoir rattaché à l'exécution du

diagnostic n'est plus monopolisé mais partagé en avantageant le personnel infirmier.

6.4.2 Transfert de pouvoir des centres hospitaliers vers les CLSC

Puisque les médecins agissent dans les centres hospitaliers et que les infirmières concernées agissent dans des centrales Info-Santé, logées dans les CLSC, il est évident que le phénomène social mentionné au niveau des individus est transposé au niveau des établissements, champ des actions des acteurs.

Les Centres hospitaliers procuraient des services de première ligne "24/7". Toutefois, cette règle est en train de changer dans les régions où une centrale Info-Santé est installée. Ces centrales favorisent une diminution d'achalandage téléphonique des urgences des hôpitaux. Les CLSC, entre autre par le biais de la centrale Info-Santé, jouent leur rôle d'instance de première ligne du réseau, accessible "24/7". Les clientèles, au lieu de se présenter à l'urgence des centres hospitaliers, utilisent Info-Santé avant de se déplacer.

Depuis 1972, les CLSC avaient ce mandat de première ligne sauf qu'ils ont vraiment débuté à l'intégrer en s'appuyant sur

les centrales Info-Santé. Les CLSC changent les rapports de force, les rapports de pouvoir en augmentant leur champ d'influence sur le réseau entier. Les urgences des centres hospitaliers voient leur rôle "24/7" se transformer. Les urgences sont toujours accessibles "24/7" mais certaines de leurs tâches sont transférées aux Info-Santé. Leur personnel est moins occupé à répondre aux problématiques non-urgentes. L'achalandage téléphonique des urgences est diminué.

Puisque la structure Info-Santé, intégrée aux CLSC acquiert de nouvelles responsabilités, de nouveaux pouvoirs, des budgets additionnels, la place des CLSC au sein du réseau s'améliore. Bhérer (1986) admet que la concurrence inter-établissements est omniprésente. Nous savons que le réseau est structuré. Il y a une hiérarchie entre les catégories d'établissements et une hiérarchie entre les établissements du même niveau. Un centre hospitalier a plus de poids qu'un CLSC et un CLSC urbain a plus de poids qu'un CLSC rural. Trois gestionnaires du réseau nous ont parlé en ces termes:

Qu'on aime cela ou qu'on n'aime pas cela, dans notre réseau, il y a une hiérarchie d'établissements pas parce qu'ils sont plus puissants mais parce que le pouvoir est concentré différemment. Dans un CH, à cause de la présence des médecins, il fait la pluie et le beau temps. Un centre d'accueil, ça n'a pas de pouvoir, une famille d'accueil encore bien moins. (E)

Avec Info-Santé, ça me donne probablement une classe supérieure. Mon poste ne serait pas classé de la même façon si je n'avais pas Info-Santé.

Alors, on sait que la classification, ça a de l'impact. (I)

... ne serait pas classé de la même façon si nous n'avions pas Info-Santé parce que c'est un demi-million. (I)

Cette hiérarchie tacite entre les établissements ne fait qu'enrichir et nourrir les jeux entre groupes professionnels.

Lemieux et al. (1974) soulignent que le contrôle des ressources monétaires est le premier niveau de contrôle, donc le premier niveau de pouvoir. L'obtention de budgets est à la base du pouvoir organisationnel et confère au porteur, une position stratégique privilégiée.

Or, dans les établissements, ce sont les acteurs qui sont responsables des actions dans l'organisation. Ainsi, les médecins sont les acteurs principaux des hôpitaux et les infirmières sont les acteurs principaux des centrales Info-Santé (CLSC). Le poids des acteurs détermine le poids de l'établissement. Chaque gain de pouvoir des acteurs donne plus de pouvoir à l'établissement où il agit. L'acteur et l'établissement sont intimement interreliés.

Les engorgements des centres hospitaliers et par conséquent les "urgences à corridor" ont alerté la population par rapport à des situations embarrassantes pour le réseau.

Toute initiative visant à soulager le système avait des chances de réussite et la catégorie d'établissements qui allait récupérer cette initiative devait y gagner en terme de poids au sein du réseau.

Les CLSC ont vu cette opportunité et l'ont saisi. Info-Santé est leur "ticket stratégique".

6.5 Règles soutenant le système d'action concret du réseau québécois de la santé et des services sociaux - Avant Info-Santé.

Certaines règles générales ont longtemps influencé l'évolution du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Ces règles ont changé, favorisant ainsi l'implantation d'organisations telle Info-Santé.

Les règles changent lentement c'est pourquoi, nous parlons ici de règles en place il y a une trentaine d'années en les comparant aux nouvelles règles qui progressivement s'imposent. Voici donc ces fameuses règles, soutenant les trois systèmes d'action concrets dont nous avons fait l'étude socio-organisationnelle.

6.5.1 Croissance et développement

Entre 1960 et le milieu des années 70, le réseau québécois de la santé et des services sociaux était en pleine période de croissance et de développement. En effet, durant ces années, des efforts furent faits pour améliorer les équipements, les infra-structures, etc.; le tout afin de normaliser les services et couvrir tout le territoire québécois.

Des instances régionales (CRSSS) furent créées afin de s'assurer que tous les établissements de la santé reçoivent la même information, aient accès aux mêmes bénéfices, etc. Il était important de mettre tout le monde sur le même pied et de s'assurer que tous les établissements étaient adéquatement équipés en matière de ressources (humaines, financières et matérielles). Ceci était important puisque en vertu du principe de l'universalité, toute la population du Québec avait droit à des soins de santé de qualité égale peu importe la région où habitait le client. Il fallait donc améliorer les établissements déjà installés, en construire d'autres. En d'autres termes, il fallait améliorer le réseau pour le rendre semblable d'un coin à l'autre du Québec.

La période de croissance et de développement a connu son point culminant durant les années soixante jusqu'à mi-

soixante-dix. Dès le milieu des années 70, le MSSS a commencé à tenir un nouveau discours portant sur les besoins de rationaliser les ressources ce qui toutefois n'empêcha pas les CLSC de se multiplier. Le réseau des CLSC a été complété à la fin des années 80. Ce fut une période de croissance et de développement.

6.5.2 Centralisation

Dans les années soixante, lorsque le gouvernement a commencé à soutenir le système de santé québécois en investissant dans les hôpitaux, en ramassant près de 80% de la facture et en utilisant les impôts des contribuables pour défrayer ces coûts, le gouvernement à cette époque centralisait les flux monétaires.

Peu après cette phase, le gouvernement a commencé à contrôler plusieurs postes dans les hôpitaux. Le personnel de direction étant choisi par le gouvernement, il n'y avait qu'un pas à franchir pour que le gouvernement en vienne à contrôler la gestion, les politiques, les objectifs du réseau. Ainsi, on s'est retrouvé avec un ministère qui contrôlait entièrement le réseau. Le gouvernement contrôlait, à lui seul, les ressources monétaires, les ressources humaines et les orientations du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Ces années furent des années de centralisation.

6.5.3 Approche curative

Jusqu'au milieu des années 70, l'approche curative et médicalisée était prônée par la société québécoise. Lorsqu'il y avait intervention au niveau de la santé, le traitement reposait principalement sur l'administration de soins curatifs et d'absorption de médicaments chimiques. On traitait les symptômes; il y avait peu de prévention. Les pratiques de soutien moral, de soutien psychologique étaient moins valorisées.

Par conséquent, il en était de même pour les professionnels exerçant des fonctions selon ces différentes approches. Les médecins étaient les principaux dispensateurs de soins curatifs tandis que les professionnels reliés à une approche non médicale étaient moins reconnus. On percevait les professionnels tels les psychologues, les travailleurs sociaux quelque peu marginaux.

La perception des gens vis-à-vis les professionnels de la santé, en l'occurrence les médecins, était formée par d'autres éléments. En effet, on ne voyait le médecin que lorsqu'on ne pouvait plus endurer ses souffrances. Nous vous rappelons que, jusqu'en 1970, il fallait payer soi-même son médecin, ce qui en incitait plusieurs à n'avoir recours aux médecins qu'en toute dernière instance. Les soins prodigués par l'approche

physique étaient courants tandis que les soins prodigués par l'approche mentale étaient reconnus comme étant peu nécessaires et non utiles.

Au cours des vingt dernières années, d'importants changements d'attitude sont survenus. En relation avec les règles du passé que nous venons tout juste d'énumérer, nous vous présentons les règles en vigueur aujourd'hui.

6.6 Règles soutenant le système d'action concret du réseau québécois de la santé et des services sociaux - Après Info-Santé.

6.6.1 Rationalisation des ressources

Depuis 1975, le gouvernement du Québec a entamé un processus de compressions budgétaires au sein du réseau de la santé et des services sociaux. En fait, ce phénomène n'est pas réservé uniquement au réseau de la santé et des services sociaux. Le déficit gouvernemental est critique et tous les efforts doivent être mis de l'avant afin de contrôler les dépenses. Le document Une Réforme Axée sur le Citoyen, MSSS,

1990, consacre un chapitre entier (Le citoyen payeur) sur des explications concernant la position du gouvernement et les dépenses.

Ceci a pour conséquence de geler les budgets de la santé et des services sociaux dans chaque région administrative. Chaque Régie et par conséquent, tous les établissements, sont mis "au régime" afin de maximiser les budgets disponibles. À ce titre, la rentabilité du "diagnostic nursing" téléphonique est incontestable. En fait, la réponse à un simple coup de téléphone par une infirmière représente bien peu de frais pour le MSSS comparativement aux frais encourus pour une intervention dans un centre hospitalier avec médecins, infirmières, personnel de soutien, ressources matérielles spécialisées, etc.

Info-Santé répond à ces critères sauf qu'en période de rationalisation, le concept devait faire ses preuves avant d'être généralisé.

Ce qui a favorisé le concept Info-Santé, toujours dans l'esprit de rationalisation des ressources monétaires, est le fait que l'acte infirmier (nursing) est beaucoup moins onéreux que l'acte médical. Info-Santé utilise une approche nursing et réfère les usagers à une intervention médicale lorsque requis.

C'est l'efficacité qui demeure la base même de tout mouvement de rationalisation.

Une particularité propre à bien des systèmes gouvernementaux demeure. En effet, les acteurs du réseau savent qu'il y a toujours, quelque part, un fonds de tiroir discrétionnaire. Celui qui sera le plus actif dans son lobbying aura certainement plus de chances de faire avancer son projet. Le réseau est très politisé.

C'est la règle de rationalisation des ressources qui a tempéré la croissance provinciale du concept Info-Santé. Chaque organisation Info-Santé a été soutenue grâce à des budgets provenant de programmes autres qu'Info-Santé. Chaque Info-Santé, une fois établie, a dû se battre afin de survivre et croître. Le manque de ressources monétaires a coloré le jeu des acteurs de tout le réseau.

6.6.2 Régionalisation

La règle favorisant l'adoption de la structure du concept de Hull/Outaouais par la Fédération des CLSC et par la réforme est la régionalisation. En effet, le gouvernement prône présentement la régionalisation et ce, non seulement dans le ministère de la Santé et des Services sociaux mais bien dans

presque tous les ministères. Un représentant du gouvernement en parle en ces termes:

Avec la régionalisation, les régions n'ont plus bien le choix. Ou bien elles se tiennent ensemble ou elles meurent parce que les autres régions ont toutes ... on est en concurrence. (E)

Le besoin de régionaliser répond à une demande des régions et du gouvernement: les régions veulent décider par elles-mêmes et le gouvernement, trop loin des réalités régionales, veut repousser le niveau décisionnel au palier régional. Selon Bhérer (1986), "le concept de décentralisation représente une victoire souhaitée de rationalité administrative et de grenouillage politique".

En régionalisant, le MSSS n'est plus l'unique responsable des décisions. En effet, la responsabilité est dispersée entre le MSSS et son représentant régional: la Régie (CRSSS). Ainsi, il est plus difficile d'identifier le responsable de telle décision, car l'identification du responsable est comme perdue dans le système entre le MSSS et la Régie. Le gouvernement protège ainsi sa position vis-à-vis ses électeurs car finalement, il n'est plus l'unique responsable.

6.6.3 Approche préventive

La société, en vingt ans, s'est largement transformée. Les valeurs socio-communautaires ont pris une grande importance dans nos vies. La culture favorise la responsabilisation, l'autonomie, les "médecines douces", la prévention.

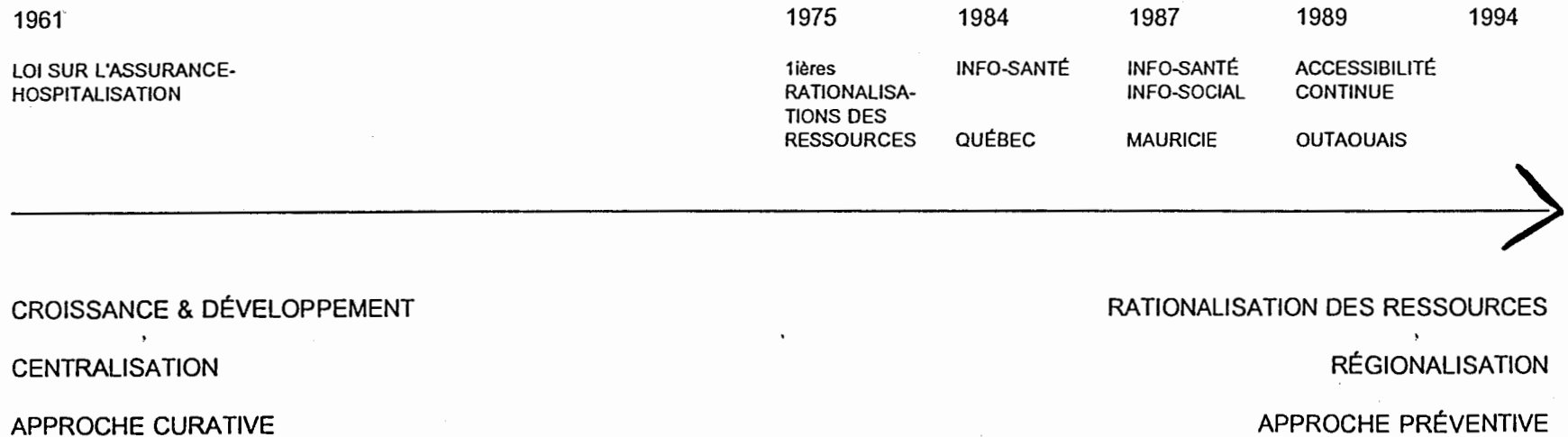
L'influence d'une approche moins médicalisée, plus personnalisée, gagne de plus en plus d'adeptes. Dans les pays occidentaux, les médecines douces, les disciplines de relaxation, etc. deviennent de plus en plus populaires. La notoriété des médecines dite dures, du moins pour résoudre des problèmes de santé bénins, perd de la popularité. Les gens veulent se soigner "naturellement" avant de s'en remettre à la consommation de produits chimiques.

Cette règle favorise un concept tel Info-Santé où l'individu est responsabilisé face à sa santé, où il est informé, où une approche préventive nursing est favorisée à l'instar d'une approche curative médicalisée.

FIGURE 9

RÈGLES SOUTENANT LES TROIS

SYSTÈMES D'ACTION CONCRETS DE SERVICE INFO-SANTÉ



VII

CONCLUSION

7. CONCLUSION

Nos préoccupations sont tournées vers l'action et la méthode de Crozier et Friedberg est une méthode d'analyse tournée vers l'action. Cette méthode a facilité notre compréhension de la logique des acteurs et par conséquent, de la logique derrière leurs décisions et des institutions qu'ils mettent en place.

Info-Santé a réussi à résorber des situations problématiques pour en faire des situations beaucoup plus stables. Info-Santé ainsi que ces acteurs ont réussi à amoindrir des situations d'engorgement d'urgences des hôpitaux, ont favorisé le partage d'actes professionnels et ont contribué à rapprocher le citoyen de son système de santé et de services sociaux.

Pour terminer, nous aimerions présenter au lecteur quelques informations concernant la position de l'État depuis l'avènement d'Info-Santé. Nous proposons également une prospective tournée vers le modèle organisationnel pouvant éventuellement servir de canevas de base au Québec en ce qui concerne le service Info-Santé ainsi que la structure s'y rattachant. Ce modèle organisationnel pourrait être flexible en permettant certaines mutations organisationnelles adaptées aux réalités périphériques.

L'Etat intègre

Voici un court résumé du processus qui a permis d'intégrer Info-Santé dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux.

Le système québécois de la santé et des services sociaux est reconnu mondialement pour son efficacité et demeure l'envie de plusieurs pays. Cette appréciation mondiale n'est pas basée sur le hasard. Prenons l'exemple du service Info-Santé. Ce service est né de projets-pilotes. Les budgets étaient négociés d'année en année et des évaluations étaient effectuées par le ministère ainsi que par des CRSSS afin de juger de la pertinence du projet et de son impact sur le système québécois de la santé.

L'État a laissé les intéressés expérimenter les nouveaux projets tout en conservant le contrôle financier des opérations. Ainsi sont nés différents scénarios adaptés à différentes réalités.

Le MSSS plaça les budgets en fiducie, le concept de base évolua permettant aux différents projets de faire leurs preuves d'efficacité, de durabilité et d'efficience.

L'Etat a évalué les différents modèles proposés, les différentes expériences et choisit d'intégrer un concept de centrale d'information accessible 24/7 (Une réforme Axée sur le

Citoyen, MSSS, 1990). Sans que ce service soit identifié comme étant le service Info-Santé, la commune générale l'interprète ainsi.

L'État se penche actuellement sur un modèle provincial compte tenu de la pertinence du service Info-Santé, de sa portée et de ses effets. Jusqu'à présent, aucun modèle provincial n'a été avancé par le ministère.

Prospective

Nous ne pouvons conclure cette recherche sans parler de notre prospective. En regardant tous les modèles organisationnels déjà implantés, certaines tendances sont apparues.

Nos conclusions sont les suivantes: le mouvement amorcé dans des régions urbaines (Québec), récupéré par une région avoisinante (Trois-Rivières) et enrichi par une région étendue (Hull) a permis de tracer la route à suivre pour les régions périphériques. C'est pourquoi nous croyons que les expériences actuelles permettent de dégager certaines tendances pertinentes pour les régions périphériques.

Les organisations Info-Santé établies dans les régions urbaines ne trouvent aucune utilité à dédoubler les services existants et à offrir, en plus des services Info-Santé, des

services sociaux. Ces régions sont déjà amplement desservies par des organisations "24/7" couvrant le volet social. Les organisations Info-Santé urbaines n'offriront probablement que des services de santé "24/7" puisque la population est déjà assez volumineuse et que le débit d'appels est déjà suffisant pour justifier un service uniquement axé sur le volet santé.

Toutefois, la situation se modifiant à mesure qu'on s'éloigne des centres urbains, le modèle organisationnel devra s'adapter aux réalités régionales. Nous croyons que les organisations Info-Santé, dès qu'elles desserviront des territoires non urbains, enrichiront le concept de base, comme à Trois-Rivières et offriront des services sociaux "24/7" en plus des services santé "24/7". Du fait du nombre restreint, parfois même à l'absence d'organisations à couverture sociale "24/7" dans les régions rurales et périphériques, l'organisation Info-Santé prodiguera des conseils relatifs à la santé et au bien-être. La structure étant déjà en place pour offrir des services "24/7", il n'y aura qu'un pas à franchir pour rendre accessible "24/7" une gamme de services semblable au reste de la population du Québec.

Telles sont nos conclusions des analyses portant sur trois modèles organisationnels Info-Santé: modèle en région urbaine (Québec) ainsi que deux modèles de régions urbaines et rurales (Trois-Rivières et Hull).

Épilogue

Cette recherche scientifique fut très gratifiante pour nous car elle a confirmé notre première recherche opérationnelle effectuée en 1992.

En effet, le document "Centrales de coordination multiservices (CCM) Abitibi-Témiscamingue, Bas Saint-Laurent, Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, Côte-Nord" proposait d'implanter, en périphérie, des centrales multiservices (i.e. que le concept Info-Santé soit la pierre angulaire de ces centrales et que d'autres volets puissent s'ajouter à la centrale pour la rendre multiservices).

En périphérie, dû au petit nombre de problèmes dans chaque spécificité, faute de ressources financières et humaines et à cause de l'immensité des territoires à couvrir, la gamme des services dit "pointus" est relativement restreinte. L'offre est minimale et la demande est sporadique.

Actuellement, assigner une personne "24/7", par secteur, pour chaque service de santé publique, de santé environnementale, de soutien aux personnes âgées ou de relations parents-enfants, etc., représenterait des coûts faramineux pour à peine quelques appels par semaine, par mois, par an. Afin de répondre aux besoins de ces différents secteurs de la santé et bien-être, il suffirait d'assigner une personne sur le principe de l'"accessibilité 24/7".

Ainsi, une région périphérique pourrait bénéficier des mêmes services qu'une région urbaine, les coûts engendrés seraient minimes comparés au scénario prônant un service 24/7 ouvert dans chaque sous-région et le principe de l'universalité serait respecté.

Notre première étude recommandait de créer, en régions périphériques, des centrales multiservices dont les deux axes principaux étaient: a) Santé, première ligne, b) Social, première ligne et possiblement deuxième ligne.

Nous remarquons, à la lumière de la présente recherche, que les organisations Info-Santé implantées en régions dites plus rurales et dépourvues de services sociaux "24/7" tendent vers l'inclusion du volet social à même le service Info-Santé. La région de Trois-Rivières a incorporé le volet social parmi ses services Info-Santé et la région de l'Outaouais évalue actuellement cette possibilité. Ces constatations bonifient donc les propositions effectuées lors de notre première recherche en 1992.

Notre première recherche prônait l'implantation de centrales offrant des services Info-Santé et Info-Social. Le besoin de services sociaux "24/7", en région périphérique, est aigüe car peu d'organismes sociaux sont accessibles "24/7" alors que les problèmes sociaux surgissent "24/7", comme pour les populations de régions urbaines. L'accessibilité aux services Info-Santé/Info-

Social aurait largement contribué, au nom du principe de l'universalité, à offrir aux populations de régions périphériques une gamme de services étalés sur la même plage horaire que les régions urbaines.

Suite à nos deux recherches, nous en arrivons à la conclusion que le gouvernement n'aura pas le choix de tenir compte du volet social en régions périphériques. Crozier & Friedberg nous ont aidée à bonifier une recherche axée sur l'action, une recherche axée sur l'implantation de centrales Info-Santé ou multiservices en régions périphériques.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

1. Bailey, F.G. Les règles du jeu politique, Paris, Presses universitaires de France, 1971, 254 pages.
2. Beaufils, A.; Guiot, J.M. Développer l'organisation: perspectives sur le processus d'intervention, Editeur Gaétan Morin, 1989, 559 pages.
3. Bégin, C.; Brunelle, Y. Rajuster l'homéostat: le défi de l'efficacité et de l'efficience dans le secteur de la santé au Québec, Université de Laval, Faculté des sciences de l'administration, 1990, 31 pages.
4. Bégin, C.; Labelle, B.; Bouchard, F. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Le budget: le jeu derrière la structure, Les publications du Québec, 1987, 213 pages.
5. Bernoux, P. La sociologie des organisations, Editions du Seuil, 1985, 378 pages.
6. Crozier, M.; Friedberg, E. L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective, Paris, Seuil, 1977, 493 pages.
7. Exiga, A.; Piotet, F.; Sainsaulieu, R. L'analyse sociologique des conditions de travail, Editions de l'A.N.A.C.T., Paris, 1981, 141 pages.

8. Laflamme, M. Diagnostic organisationnel et stratégies de développement: une approche globale, Editeur Gaétan Morin, 1977, 224 pages.
9. Reynaud, J.D. Les règles du jeu, Armand Colin, 1989, 306 pages.

Mémoires

10. Desaulniers, M. Implantation des services courants au CLSC de Hull, Rapport d'intervention présenté à l'ENAP, Université du Québec, 1991, 125 pages.
11. Glaçon, C. Processus de désinstitutionnalisation du Centre d'accueil de réadaptation "Clair-Foyer" Amos, Mémoire de Maîtrise, Université de Montréal, 1991, 129 pages.

Publications gouvernementales

12. Assemblée nationale, Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives, (loi 120), 1991, 176 pages.
13. Bhérer, H. et al. ministère de la santé et des services sociaux, Le miroir magique de la décentralisation: perception des conseils régionaux de la santé et des services sociaux, Québec, 1986, 239 pages.
14. CLSC Les Forges, Sondage auprès de la clientèle ayant fait appel au service d'Info-Santé des CLSC, 1990, 30 pages.

15. CRSSS de l'Outaouais, Programme régional d'accessibilité continue (24/7) aux services infirmiers de première ligne, 1988, 25 pages.
16. CRSSS de la région de Québec (03), Rapport annuel du Conseil régional de la santé et des services sociaux de Québec (03) 1989-1990, 64 pages.
17. De Coster, R. La tragédie du 6 décembre 1989 à l'Ecole polytechnique de Montréal, Groupe de travail De Coster, 1990, 5 volumes.
18. Ethier, D. Centre Hospitalier de Rouyn-Noranda, Salle d'urgence du Centre hospitalier Rouyn-Noranda - Profil actuel des utilisateurs et études des alternatives pour les problèmes autres que les médicaux urgents, 1990, 177 pages.
19. Fédération des C.L.S.C. du Québec, Document de réflexion numéro 5 - L'Accessibilité, 1991, 24 pages.
20. Giguère-Nadeau, J. Régies régionales Abitibi-Témiscamingue, Bas Saint-Laurent, Gaspésie et Iles-de-la-Madeleine, Côte-Nord, Centrale de coordination multiservices - (CCM), 1992, 178 pages.
21. Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Une réforme axée sur le citoyen, (libre blanc), 1990, 91 pages.
22. Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services Sociaux, Rapport du comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les C.L.S.C., (rapport Brunet), 1987, 91 pages.

Articles de revues

23. Demers, L.; Bégin, C. "Pouvoirs et contre-pouvoirs dans le secteur de la santé: deux cas de fusion" Recherches sociographiques XXXI, 3, 1990, p. 381-404
24. Gosselin, R. "Decentralization/regionalization in health care: The Quebec experience", Health Care Management Review, 9, 1: 1984, p. 7-23
25. Lemieux, V. "Présentation - La santé: le système et les acteurs" Recherches sociographiques, XXXI, 3, 1990, p. 329-337
26. Lemieux, V. et al. "La régulation des affaires sociales: une analyse politique" Administration publique du Canada no.17-1, 1974, p. 37-54
27. Lemieux, V.; Labrie, P. "Le système gouvernementique des C.L.S.C." Recherches sociographiques XX, 2, 1979, p. 149-171
28. Lemieux, V.; Turgeon, J. "La décentralisation: une analyse structurale" Revue canadienne de science politique, XIII, 4 1980, p.691-710
29. O'Neil, M. et al. "La naissance du réseau québécois de villes et villages en santé" Recherches sociographiques, XXXI, 3, 1990, p. 405-418

Articles de journaux

30. "Le temps de mourir 10 fois", (Flash), Le Soleil, lundi 17 février 1992, page B-16
31. Lemieux, Louise. "Mes plus rudes adversaires, les médecins" (La Trois), Le soleil, samedi 3 avril 1993, page A-3

ANNEXE 1ENTREVUES - CODIFICATION

Chacune des personnes interviewées dans le cadre de cette recherche ont été identifiées par des lettres de l'alphabet afin de protéger leur anonymat. Cette codification fut nécessaire, pour le bénéfice du lecteur, afin de clarifier le niveau décisionnel de l'interviewé ainsi que l'établissement dans lequel l'interviewé oeuvrait. Chaque citation est suivie d'une lettre de l'alphabet.

- A = Administrateur de niveau supérieur du MSSS étant directement impliqué dans la conception du modèle provincial Info-Santé.
- B = Cadre de la Fédération des CLSC intervenant dans les CLSC au sujet d'Info-Santé.
- C - D - E - F = Administrateurs de Régies
- G - H - I - J = Administrateurs de CLSC
- K - L - M - N = Administrateurs du service Info-Santé

Sur un total de 14 interviewés, 3 interviewés sont du personnel infirmier.

ACTEURS

Responsables

Responsable au ministère du concept Info-Santé
 Directeur du module régional au C.R.S.S.S.
 Directeur de l'Info-Santé et/ou adjoint

Agents

Personnel-responsable de certains modules au C.R.S.S.S. (ex: resp. des organismes communautaires, resp. santé communautaire)

Intéressés

Directeur(trice) d'organisme communautaire le plus pertinent selon les problématiques régionales (ex: si la violence conjugale fait partie d'un problème important de la région, voir le Dir. d'un organisme en rapport)
 Directeur(trice) des C.L.S.C. locaux
 Responsable des services externes au C.L.S.C.
 Responsable des services externes du C.H. ou responsable de l'urgence du C.H.
 Responsable des problèmes sociaux au C.S.S. 0-18 ans, et 18 et +
 Président du syndicat de l'OIIQ
 Firme de consultants (si applicable)

Population

Sondages effectués concernant la satisfaction vis-à-vis le service

Il sera important de consulter des gens qui ont vécu différentes phases évolutives de l'organisation que ce soit lors de la conceptualisation, de l'implantation, de l'adaptation ou de l'évolution de l'organisation.

Nous aurons ainsi rencontré des gens qui interviennent sur le champ politique, administratif et production de services. Nous aurons rencontré des gens qui interviennent au niveau central, régional ou local.

ACTEURS

1. Niveau provincial

Responsables - Champ politique:

- Responsable du projet centrales d'informations 24/7 ou Accessibilité continue ou Info-Santé
- Responsable du CRSSS pertinent (Qc, T.R. Hull)
- Responsable de l'allocation des budgets - secteur attitré
- Fédération des CLSC
- OIIQ

2. Niveau régional

Responsables - Champ politique et administratif

- Responsable du projet
- Responsable de l'allocation des budgets
- Répondant d'Info-Santé à la Régie - Ses tangeantes, plan de direction, planification

3. Niveau local

Intéressés - Champ politique, administratif et production de services

- Responsable du projet (CA ou Directeur)
- Responsable des tangeantes de l'organisation (CA, Direction, Comités)
- Responsable de l'opérationnel
- Directeur de l'organisation
- Directeur du CSS (si pertinent)
- Consultants

4. Population (Sondages - Etudes)

ANNEXE 2THÈMES - INDICATEURS

Les concepts de base sont: les acteurs
 les jeux
 les stratégies
 le pouvoir
 les règles

a) Acteurs

A qui s'adresse le questionnaire:

Ce questionnaire s'adresse à des acteurs qui ont influencé, durant certaines phases de l'organisation, à certains niveaux stratégiques (champs) et qui ont joué un rôle à divers niveaux hiérarchiques dans l'organisation (localisation).

Groupe-cible composé de: 1. Responsables (Ministère, CRSSS)
 2. Agents (médecins, employés, CRSSS, CA)
 3. Intéressés (OSBL, DSC, CSS, CLSC, CH, firmes, syndicat IIQ)
 4. Population (si nécessaire)

3 phases: Plan d'émergence/acceptation du projet
 Plan de mise en oeuvre
 Phase d'évolution/aujourd'hui

3 champs d'étude:
 Champ politique
 Champ administratif
 Champ production de services

3 niveaux: Niveau central
 Niveau régional
 Niveau local

b) Jeux/Enjeux

- b.1) Jeux/enjeux/influences en contexte de flux de ressources financières:
- b.2) Jeux/enjeux/influences en contexte de flux de ressources humaines: (postes)
- b.3) Jeux/enjeux/influences en contexte de flux de services (matières-énergie, informations non reliées à la personne)
- b.4) Jeux/enjeux/influences en contexte de flux d'informations (informations d'orientations, informations stratégiques, etc.)

c) Stratégies

c.1) Stratégie d'orientation: Historique

Mission
Valeurs
Objectifs
Eléments catalyseurs de changement

c.2) Stratégie de mobilisation:
(opérationnel)

Ress. Humaines:

Formation de base et
continue
Méthodes de travail, de
production
Organigramme
Roulement du personnel
Nombre suffisant de
personnel

Ress. financières:

Provenance
Latitude
Respect du budget

Ress. physiques:

Local
Indépendance ou associés
Sécurité
Bien-être physique

c.3) Stratégie sociale: Processus humains:

(coordination) Leadership autocratique ou démocratique, formel et informel
 Communications et interrelations
 Transparence et fluidité des communications
 Abondance des communications
 Travail de groupe - Relations interdépartementales et inter-réseau -
 Climat de travail
 Motivation
 Niveaux d'autorité/formel et informel
 Créativité
 Capacité de résoudre les conflits
 Ouverture du système (vers le monde ou axé sur la production)

c.4) Stratégie gestionnaire:
 (développement/contrôle)

P l a n n i n g
 opérationnel/développement
 Communications administratives
 Techniques décisionnelles
 Structuration interne
 Structuration réseau
 Contrôles de gestion sur les ressources
 Coordination
 Délégation
 Processus décisionnel
 Syndicat
 Conseil d'administration

c.5) Stratégie technologique:

Mécanisation et automation
 Informatique

c.6) Système de performance:

Situation financière
 Satisfaction et développement du personnel
 Productivité
 Innovation
 Image publique
 Limites du système (SAC)/Problèmes de l'organisation

d) Variables:

- d.1) -Variables d'état (sexe, âge, métier)
Territoire couvert - Distances à parcourir physiquement
Type de population
Caractéristiques du personnel, des interviewés
- d.2) -Variables de comportement (emploi du temps, poste, faits, états affectifs)
- d.3) -Variables de pensée (connaissance, perception, opinion, croyances)

e) Indicateurs mesurant le concept:

Le questionnaire lui-même, par l'intermédiaire de questions permet d'aller chercher des réponses clarifiant les systèmes d'action concrets à l'intérieur des trois organisations.

f) Méthodologie

-Méthode qualitative, inductive, interprétative, comparative.

-Structure comparative sans groupe contrôle. Mesure effectuée seulement après.

-Le groupe témoin n'est pas le groupe expérimental lui-même.

Avantage de cette méthode: le facteur déclenchant est responsable de la différence entre les deux groupes

Inconvénient: il n'y a pas d'équivalence des groupes

-Comparaison synchronique (3 cas en même temps)

-Sondage: Entrevue non-directive

Sondage ponctuel soit 1 fois, présenté en personne à un groupe cible et avec des questions ouvertes.

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRES

Les questions doivent tenter d'élucider, par l'identification de:

- attitudes
- comportements
- climat social
- efficacité

les thèmes suivants:

- gestion
- pouvoir décisionnel
- capacité de gérer
- continuité décisionnelle - CA
- problèmes - résistances
- planification stratégique
- étapes évolutives de l'organisation

Nous serons, à travers ce questionnaire, à la recherche de problèmes propres à l'organisation, à la recherche de particularités, d'éléments déclencheurs de particularités, de caractéristiques pouvant faciliter l'identification du système d'action concret construit.

Nous essaierons de découvrir les jeux, les flux sous-tendants de stratégies mises en place afin de protéger les objectifs personnels et ceux de l'organisation.

L'essentiel de l'analyse doit d'abord porter sur:

- Démonstration de l'existence du système d'action concret
- Reconnaissance des limites du système d'action concret
- Elucidation des problèmes pertinents du système d'action concret et du phénomène qui les sous-tend.

LISTE PRÉLIMINAIRE

Une liste préliminaire fut conçue. Les sujets à développer étaient très larges.

Qui a joué un rôle dans l'organisation?
Comment a-t-on défini le concept , enrichi le concept?
Quels ont été les avis divergeants, convergeants?
Quels ont été les problèmes vécus?
Quels sont les règles de l'organisation?
Questions sur le formel et l'informel?
Rôle de Info-Santé?
Quels sont les organismes qui sont reliés à Info-Santé?
Comment est coordonné le service?
Quels ont été les principaux enjeux?
Qui défendant telle proposition?
Pourquoi défendre telle position?
Qui fait partie du CA?
Quelles sont les règles de chaque système d'action concret?
Questions sur l'histoire
Processus de définition
Processus d'implantation
Processus d'évolution
Processus d'évaluation

QUESTIONNAIRE

Le questionnaire fut conçu à partir de l'angle stratégique. Une stratégie vise à défendre un enjeu, à créer des incertitudes artificielles et à protéger le pouvoir. Notre questionnaire fut donc monté à partir des différentes stratégies de développement d'une organisation énoncées dans le volume de Laflamme (1977) intitulé Diagnostic organisationnel et stratégies de développement: une approche globale.

Ce questionnaire devait être plus précis. Chaque question avancée devait compléter, enrichir les thèmes/questions identifiés dans la liste préliminaire.

Stratégie d'orientation

- Historique

Comment est née Info-Santé?

Qui était responsable de cette implantation/naissance? Quel rôle ont-ils joué vis-à-vis l'implantation ou la conception de votre organisation?

Comment s'est déroulée l'implantation? Y avait-il des avis convergents ou divergents vis-à-vis le concept? Qui était porteur du dossier? Pourquoi? Avez-vous rencontré des problèmes lors de l'implantation? Si oui, lesquels? Est-ce que votre implantation a bousculé quelque chose dans l'ancien système?

Y a-t-il eu des modifications depuis le concept original? Pourquoi? Parmi les modifications, y avait-il des avis divergents ou convergents? Qui était porteur du flambeau modificateur? Comment avez-vous réussi à obtenir consensus sur les modifications? Avez-vous eu des problèmes à obtenir consensus?

Etes-vous différents des autres concepts Info-Santé implantés à travers la province? Si oui, en quoi et pourquoi êtes-vous différents?

Comment et grâce à qui ou à quoi en êtes-vous venus à offrir le coffret actuel de services Info-Santé?

Y a-t-il eu un événement majeur qui a influencé l'enveloppe de services que vous offrez? Si oui, quel est-il et pourquoi l'a-t-on retenu?

Qui est responsable du concept original? Pourquoi le concept fut-il établi de cette façon? En réponse à quoi ou sous quelle pression fut-il adopté et adapté?

Etes-vous une entité indépendance administrative? opérationnelle? budgétaire? De qui relevez-vous?

Avez-vous déjà eu des partenaires affiliés avec vous? Qui étaient-ils et pourquoi cette association, cette séparation?

Croyez-vous que Info-Santé est important aux yeux du M.S.S.S., de la Régie?

Pouvez-vous identifier les étapes importantes dans le processus d'évolution de votre organisation?

Avez-vous été consultés lorsque la décision d'implanter un Info-Santé fut prise? Etes-vous consultés sur les orientations de l'organisation?

- Mission

Quelle est la mission de votre Info-Santé?

Quels sont les services offerts par votre Info-Santé?

Quels sont les objectifs organisationnels d'Info-Santé?

Quelles sont les valeurs de l'organisation? Si vous aviez à la décrire, quelles sont les valeurs les plus importantes vis-à-vis votre mission?

Qui est responsable des décisions concernant l'orientation de votre organisation?

Selon vous, quels sont les enjeux d'une centrale Info-Santé?

Selon vous, quelle perception ont les établissements suivants d'Info-Santé? Les CH

Les médecins

Les CLSC

La Régie

Le M.S.S.S.

La Féd. des CLSC

Croyez-vous que la nouvelle loi aura un impact sur la mission d'Info-Santé? Etes-vous différent du concept Centrale d'information 24/7 dont parle le Ministre Côté dans sa réforme?

- **Stratégie de mobilisation**

- Ressources humaines

Quel est votre organigramme? Puis-je en avoir une copie?

Quels groupes professionnels travaillent ici? Qui est responsable de chaque groupe?

Lors de l'implantation de cette nouvelle organisation, avez-vous eu des problèmes quelconques avec le syndicat, la réaffectation des postes, les changements d'horaires?

Avec quel établissement du réseau avez-vous le plus d'affinités professionnelles?

Depuis combien de temps occupez-vous ce poste? Est-ce que c'était bien différent auparavant? Quelles sont les changements qui ont été effectués depuis votre arrivée?

S'il y a eu plusieurs D.G.: Quelles sont les différences entre les différents D.G. que vous avez eu? Entre les différents représentants de la Régie que vous avez eu?

- Ressources financières

D'où proviennent les sommes requises pour le fonctionnement de votre organisation?

Qui décide de la distribution des budgets?

Votre Régie est-elle proactive ou réactive pour l'allocation des budgets? Votre organisation est-elle proactive ou réactive pour la demande de budgets?

Qui est responsable de ces budgets?

Si vous avez des surplus, avez-vous une certaine latitude? Si vous avez des déficits, comment se règle la situation?

- Ressources physiques

Choix de l'emplacement, du local?

- **Stratégie sociale**

Croyez-vous que les informations circulent facilement? Que feriez-vous pour améliorer la distribution des informations techniques, des informations réseau? Trouvez-vous que vous avez assez d'informations, qu'elles vous parviennent à temps?

Avez-vous de l'information concernant vos acolytes de travail ex: C.S.S., polices, ambulances,

Quelles est la source majeure de conflits à l'intérieur de votre organisation? Lors de conflits de haute direction, politico-administratif, comment s'y prend-t-on normalement pour les résoudre?

Echangez-vous avec le personnel des autres centrales Info-Santé? Comment? A quelle fréquence vous rencontrez-vous? A quel niveau vous rencontrez-vous?

Est-ce que le syndicat joue un rôle d'orientation, un rôle décisionnel?

Est-ce que la Fédération des CLSC a une influence sur les orientations d'Info-Santé?

Quel rôle joue le CLSC de votre secteur?

Quel rôle joue le CH de votre secteur?

Quel rôle joue la Régie de votre secteur?

Y a-t-il d'autres organismes qui jouent un rôle complémentaire, similaire au vôtre? Est-ce que ceci cause certaines frustrations dans le réseau? pour les clients? pour la direction des organismes concernés? Y a-t-il des départements spécifiques qui empiètent volontairement sur votre mission? Comment sont les relations avec ses organisations?

Quelle a été la réaction des CLSC depuis votre implantation?
des hôpitaux
des médecins

Y a-t-il d'autres organismes qui sont directement en interaction avec vous? Comment vous perçoivent-ils?

Si vous aviez une suggestion à faire, suggestion qui améliorerait énormément votre travail au niveau administratif, (direction) que feriez-vous?

- **Stratégie gestionnaire**

Rencontrez-vous vos acolytes de la Régie de temps en temps, à quelle fréquence, où? Rencontrez-vous d'autres organisations sur une base régulière ou particulière dans le réseau?

Qui est votre patron, est-ce la personne qui vous évalue?

Existe-t-il des comités consultatifs? En faites-vous partie? Qui en fait partie?

Y a-t-il un comité gestionnaire? Qui en fait partie? En faites-vous partie?

De la façon dont est gérée l'organisation, entrevoyez-vous des problèmes futurs de gestion, de direction, vivez-vous des problèmes actuels de gestion? Y a-t-il des questions ambiguës en suspens présentement?

- **Stratégie technologique**

Avez-vous de la difficulté à obtenir des appareils de meilleure technologie? Qui approuve l'amélioration des équipements?

- **Système de performance**

Le renouvellement financier de votre organisation est-il assuré? Le montant est-il en croissance?

Avez-vous une idée des plaintes majeures que le public porte à votre égard?

Si vous aviez une suggestion à faire afin d'améliorer le système Info-Santé de votre région, que suggéreriez-vous?

Questions générales sur l'avenir

Copies d'études, des sondages effectués depuis le début de votre implantation

EXEMPLE DE FICHE-NURSING COMMUNÉMENT APPELÉ FICHE-SANTÉ

DIFFICULTE RESPIRATOIRE (adulte)

1. INVESTIGATION

- Age
- Depuis quand ?
- Apparition soudaine ou graduelle (au repos, à la marche, à l'exercice, etc.)
- Plus marquée en position couchée
- Corps étranger
- Allergie connue (mis en contact avec le facteur allergène)
- Stable ou évolutif
- Difficulté inspiratoire (laryngite, épiglottite)
- Présence d'un sifflement expiratoire (asthme, emphysème, bronchite, etc.)
- Ingestion d'un nouvel aliment ou médicament
- Présence d'animaux, oiseaux, etc.
- Associée à la toux

1. INVESTIGATION (suite)

- Maladie pulmonaire ou cardiaque connue (asthme, emphysème, insuffisance cardiaque, etc.)
- Symptôme relié à une affection respiratoire (grippe, bronchite, pleurésie, etc.)
- Inhalation de fumée ou de gaz toxique
- Visage ou ongles bleutés
- Chirurgie ou thrombophlébite récente
- Douleur thoracique associée

2. CONSEILS NURSING

- Repos, desserrer vêtements, position assise
- Rassurer
- Vérifier présence possible d'un corps étranger
- Humidifier l'air ambiant (se référer à la fiche "Humidité")
- Augmenter l'hydratation si pas de contre-indication rénale ou cardiaque
- Ne pas fumer
- Bien aérer

- Surveiller l'hyperthermie, se référer à la fiche "Hyperthermie" s'il y a lieu
- Encourager l'expectoration des crachats peut aider
- Si semble problème allergique, se référer à la fiche "Allergie"
- Si asthme, se référer à la fiche "Asthme"
- Si problème connu, prendre la médication selon dose prescrite
- Consulter le médecin si difficulté respiratoire:
 - . s'accompagne d'hyperthermie et/ou d'infection en cours
 - . s'aggravant lentement et graduellement
 - . s'accompagne de crachats jaunâtres ou verdâtres
- Se rendre à l'urgence, si dyspnée:
 - . se présente au repos sans cause apparente
 - . apparaît subitement ou s'aggrave rapidement
 - . s'accompagne de crachats sanguins ou de douleur thoracique
 - . s'accompagne de coloration bleutée de la peau et des ongles
 - . s'accompagne de douleurs dans la poitrine
 - . survient après inhalation de fumée ou de gaz toxique
 - . survient après une chirurgie récente ou une thrombophlébite

Réf.: Le Guide familial des urgences à domicile 1981, pages 130-131

Soins infirmiers en médecine-chirurgie 1985, page 343